

UNIVERSITE CLAUDE-BERNARD - LYON
- MEDECINE -
U. E. R. ALEXIS-CARREL

Année 1978 - N° 20

**LES PERITONITES AIGUES
POST-OPERATOIRES GENERALISEES.**

**(A propos de 80 cas
traités par la même équipe chirurgicale).**

THESE

présentée

à l'Université Claude-Bernard - LYON

et soutenue publiquement le 21 Janvier 1978

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Bernard ROUSSON

Interne des Hôpitaux de Lyon

Assistant d'Anatomie à la Faculté

né le 9 Août 1949

à MONTPELLIER (Hérault)

29



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554224_0022

UNIVERSITE CLAUDE-BERNARD - LYON

- MEDECINE -

U. E. R. ALEXIS-CARREL

Année 1978 - N°

**LES PERITONITES AIGUES
POST-OPERATOIRES GENERALISEES.**

**(A propos de 80 cas
traités par la même équipe chirurgicale).**

THESE

présentée

à l'Université Claude-Bernard - LYON

et soutenue publiquement le 21 Janvier 1978

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Bernard ROUSSON

Interne des Hôpitaux de Lyon

Assistant d'Anatomie à la Faculté

né le 9 Août 1949

à MONTPELLIER (Hérault)

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD - LYON

MEDICINE

M. E. M. ALEXIS-CARREL

Année 1912 - 13

LES PERITONITES AIGUES
POST-OPERATOIRES GENERALISEES

(A propos de 80 cas
traités par la même équipe chirurgicale).



THESE

Medicine

A. THOMAS Claude-Bernard - 1912

et soutenu publiquement le 21 mai 1913

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Bernard ROUSSEAU

né le 10 mai 1884

à Montbéliard (Doubs)

né le 9 août 1884

A MONTBELLIER (Doubs)

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD

Président de l'Université - Professeur GERMAIN D.

Premier Vice-Président - Professeur ELBAZ E.

Secrétaire Général - M. RAMBAUD J.

UNITES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE ET LEUR DIRECTEUR

ALEXIS CARREL - Professeur R. MORNEX

GRANGE BLANCHE - Docteur SALLE B. (Maître de Conférences Agrégé)

LYON-NORD - Docteur NEIDHARDT J.P. (Maître de Conférences Agrégé)

SUD-OUEST - Professeur NORMAND J.

BIOLOGIE HUMAINE - Docteur REVILLARD (Maître de Conférences Agrégé)

TECHNIQUES DE READAPTATION - Docteur MORGON A. (Maître de Conférences Agrégé)

SCIENCES PHARMACEUTIQUES - Professeur BIZOLLON C.A.

SCIENCES ODONTOLOGIQUES - Docteur VINCENT R.

INSTITUT REGIONAL D'EDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE - M. MILLON A.

MATHEMATIQUES - Professeur COMBET E.

PHYSIQUE - Professeur DELMAU J.

CHIMIE ET BIOCHIMIE - Professeur HUET J.

SCIENCES DE LA NATURE - Professeur GINET R.

SCIENCES PHYSIOLOGIQUES - Mlle le Professeur WORBE Jeanne-Françoise

INSTITUT UNIVERSITAIRE DE TECHNOLOGIE N° 1 - Professeur POUYET B.

INSTITUT UNIVERSITAIRE DE TECHNOLOGIE N° 2 - Professeur GALLET - Directeur ENSAM

OBSERVATOIRE - M. MONNET Guy - Astronome Adjoint

PHYSIQUE NUCLEAIRE - Professeur GUSAKOW M.

U.E.R DE MECANIQUE - Professeur COMTE-BELLIOT Geneviève

RESPONSABLES D'ENSEIGNEMENT

de L'U.E.R. ALEXIS CARREL

1er Cycle

ANATOMIE - M. le Professeur BOUCHET Alain
BIOLOGIE - M. le Professeur GIROD Christian
CHIMIE-BIOCHIMIE - M. le Professeur COLOBERT Louis
M. Le Docteur NOFRE Claude, Maître de Conférences Agrégé
HISTOLOGIE-EMBRYOLOGIE-CYTOGENETIQUE - M. le Professeur GIROD Christian
MATHEMATIQUES-STATISTIQUES - M. le Professeur SITE Jean
PHYSIOLOGIE - M. le Docteur PELLET Michel, Maître de Conférences Agrégé
M. le Docteur SCHMITT Michel, Maître de Conférences Agrégé
PHYSIQUE-BIOPHYSIQUE - M. le Professeur BERGER Michel
PSYCHOLOGIE MEDICALE - M. le Professeur GUYOTAT Jean
SCIENCES SOCIALES ET ECONOMIE MEDICALE - M. le Professeur ROCHE Louis

2ème Cycle

ANATOMIE PATHOLOGIQUE - M. le Professeur TOMMASI Michel
M. le Docteur LOIRE Robert, Maître de Conférences Agrégé
BACTERIOLOGIE - M. le Professeur FLEURETTE Jean
CARDIOLOGIE - M. le Professeur DELAHAYE J.P.
M. le Professeur GONIN André
CHIRURGIE CARDIAQUE - M. le Professeur MARET Gilbert
CHIRURGIE DIGESTIVE - M. le Professeur FRANCILLON Jacques
CHIRURGIE GENERALE - M. Le Professeur LIARAS Henri
M. le Docteur SPAY Georges, Maître de Conférences Agrégé
CHIRURGIE INFANTILE - M. le Docteur DAUDET Maurice, Maître de Conférences Agrégé
CHIRURGIE OSSEUSE-ORTHOPEDIQUE - M. le Professeur DE MOURGUES Georges
M. le Docteur COMTET Jacques, Maître de Conférences Agrégé
DERMATOLOGIE - M. le Docteur PERROT, Maître de Conférences Agrégé
ENDOCRINOLOGIE - M. le Docteur BERTHEZENE François, Maître de Conférences Agrégé
GASTRO-ENTEROLOGIE - M. le Professeur BEL André
GENETIQUE GENERALE - M. le Docteur HERMIER Michel, Maître de Conférences Agrégé
GYNECOLOGIE - M. le Professeur ROCHET Yves
M. le Docteur BREMOND Alain, Maître de Conférences Agrégé

HEMOBIOLOGIE - M. le Professeur MOREL Pierre

HYGIENE - M. le Docteur MONIER J. Claude, Maître de Conférences Agrégé

MALADIES INFECTIEUSES - M. GIROUD Maurice, Professeur Agrégé du Val de Grâce

MALADIES DU SANG - M. le Professeur REVOL Louis

MEDECINE EXPERIMENTALE - M. le Professeur MORNEX René

MEDECINE LEGALE - M. le Professeur ROCHE Louis

MEDECINE DU TRAVAIL - M. le Professeur BOURRET Jacques
M. le Docteur EYSSETTE, Maître de Conférences Agrégé

NEPHROLOGIE - M. le Professeur FRANCOIS Bernard

NEURO-CHIRURGIE - M. le Professeur MANSUY Louis
M. le Docteur FISCHER Georges, Maître de Conférences Agrégé

NEUROLOGIE - M. le Professeur DEVIC Michel

OBSTETRIQUE - M. le Professeur GARMIER René

OPHTALMOLOGIE - M. le Docteur PAUPERT-RAVAULT, Maître de Conférences Agrégé

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE - M. le Professeur MARTIN Henri

PARASITOLOGIE - M. le Docteur BATTESTI

PEDIATRIE - M. le Professeur FRANCOIS René

PHARMACOLOGIE - M. le Docteur EVREUX, Maître de Conférences Agrégé

PNEUMO-PHTISIOLOGIE - M. le Professeur TOURAINE Roger
M. le Docteur BERNARD J.P., Maître de Conférences Agrégé

PSYCHOLOGIE - M. le Professeur GUYOTAT Jean
M. le Docteur MARIE-CARDINE, Maître de Conférences Agrégé

RADIOLOGIE - M. le Docteur BUFFARD, Maître de Conférences Agrégé
M. le Docteur CHOLLAT Louis, Maître de Conférences Agrégé

RHUMATOLOGIE - M. le Docteur MEUNIER, Maître de Conférences Agrégé

SEMEIOLOGIE CHIRURGICALE - M. le Docteur VIGNAL Jacques, Maître de Conférences Agrégé

SEMEIOLOGIE MEDICALE - M. le Professeur VIALA J. Jacques

STOMATOLOGIE - M. le Professeur DUMAS Pierre

URGENCE-REANIMATION - M. le Professeur DELEUZE Raymond
Mme le Docteur ESTANOVE Suzanne, Maître de Conférences Agrégé

UROLOGIE - M. le Docteur PERRIN Paul

EXAMINATEURS DE LA THESE :

Président : Monsieur le Professeur H. LIARAS

Assesseurs : Monsieur le Professeur A. BOUCHET
Monsieur le Professeur Agrégé J.H. NEIDHARDT
Monsieur le Professeur Agrégé J. SAUTOT

A la mémoire de ma mère, Juliette ROUSSON, étudiante en médecine,
qui eût été fière de me voir soutenir cette thèse.

A mes parents qui m'ont permis d'accomplir ces études.

A ma femme Aline, pour son soutien constant

A mes beaux-parents

A Diane

A toute ma famille

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur Henri LIARAS

Il nous fait le grand honneur de présider cette thèse.

Un semestre d'internat passé dans son service nous a permis d'apprécier sa grande expérience clinique et nous avons bénéficié de son enseignement plein de bon sens.

Qu'il trouve dans ce travail le témoignage de notre reconnaissance et de notre profond respect.

A NOS JUGES

Monsieur le Professeur Alain BOUCHET

Nous avons été séduit par la qualité de son enseignement au cours de nos premières années de faculté.

Il nous a fait l'honneur de nous accepter comme collaborateur au Laboratoire d'Anatomie.

Nous le remercions de juger ce travail et l'assurons de notre gratitude et de notre respectueux dévouement.

Monsieur le Professeur Agrégé J.H. NEIDHARDT

Il a inspiré ce travail sur un sujet qu'il connaît parfaitement.

Ses grandes qualités d'humaniste, son enseignement quotidien, à l'hôpital et en médecine opératoire, nous ont beaucoup marqué.

Nous espérons que ce travail ne le décevra pas et qu'il restera la marque de notre attachement et de notre fidélité.

Monsieur le Professeur Agrégé J. SAUTOT

Au cours d'un excellent semestre passé dans son service, nous avons admiré ses qualités humaines et son geste opératoire efficace.

Nous le remercions de la gentillesse avec laquelle il a accepté de juger ce travail.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre grand respect et de toute notre gratitude.

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX :

Externat :
Monsieur le Professeur MORNEX
Monsieur le Professeur GOINARD
Monsieur le Professeur MANSUY
Monsieur le Professeur BARBIER
Monsieur le Professeur DEVIC
Monsieur le Professeur R. FRANCOIS

Internat :
Monsieur le Professeur Agrégé J.P. DECHAUME
Monsieur le Docteur R. ACHARD
Monsieur le Professeur M. DAUDET
Monsieur le Professeur Agrégé LOIRE
Monsieur le Professeur H. LIARAS
Monsieur le Professeur Agrégé J.H. NEIDHARDT
Monsieur le Professeur Agrégé J. SAUTOT
Monsieur le Professeur SAUBIER

A NOS MAITRES AU LABORATOIRE D'ANATOMIE :

Monsieur le Professeur A. BOUCHET
Monsieur le Professeur Agrégé G. BRAILLON
Monsieur le Professeur Agrégé J.H. NEIDHARDT
Monsieur le Professeur Agrégé L.P. FISCHER
Monsieur le Professeur Agrégé A. MORIN

A notre conférencier d'internat, le Docteur Georges GONON

A nos parrains dans la profession, le Docteur MARTIN et le Docteur GOUNOD qui nous ont toujours accueilli avec gentillesse et nous ont beaucoup appris.

A notre Maître en chirurgie plastique, le Docteur Charles DEIDIER ; nous sommes d'autant plus reconnaissant de la confiance qu'il nous accorde que nous connaissons le niveau exceptionnel de ses réalisations.

Qu'il trouve ici l'expression de notre gratitude et de notre profonde et sincère amitié.

A tous nos amis

A tous ceux qui ont contribué à la réalisation de ce travail :

Les membres de l'équipe chirurgicale du Pavillon A - Docteur Michel BRUN, Docteur Xavier KRAFT, Docteur Bernard CHARROUX.

Monsieur le Professeur Agrégé P. BOULETREAU qui a accepté avec beaucoup de gentillesse de nous donner des conseils médicaux.

Le Docteur Jean DULAC qui nous a aidé pour la bibliographie.

Madame Michèle JOUD qui a travaillé avec diligence à la mise en page de ce travail.

L'Association Corporative des étudiants en médecine de Lyon qui s'est occupée de l'impression de cette thèse.

SOMMAIRE

INTRODUCTION - DEFINITION DES LIMITES DU SUJET ETUDIE

PREMIERE PARTIE - MATERIEL D'ETUDE

DEUXIEME PARTIE - ANALYSE DES DOSSIERS ET COMMENTAIRES

- I - Données étiologiques
- II - Pathogénie locale
- III - Données cliniques
- IV - Problèmes diagnostiques
- V - Données évolutives
- VI - Bactériologie
- VII - Données thérapeutiques

CONCLUSIONS

BIBLIOGRAPHIE

INTRODUCTION

Parmi les complications redoutées du chirurgien pouvant survenir dans les suites d'une intervention même aussi bénigne que l'appendicectomie, la péritonite post-opératoire généralisée est l'une des plus graves.

Tout chirurgien peut s'y trouver confronté un jour, mais, heureusement, de façon exceptionnelle.

Le but de ce travail, qui regroupe une série importante de ces complications gravissimes, est de préciser les conditions et les difficultés du diagnostic.

Il s'agit de malades arrivant en milieu chirurgical très souvent après un séjour en réanimation médicale, qui, s'il a permis la survie, a souvent bouleversé la symptomatologie classique. L'opérateur initial a souvent méconnu la complication chirurgicale.

Nous essayerons de dégager les données du pronostic redoutable : environ 70 % de mortalité dans notre série de 80 cas, et de voir les conditions tant diagnostiques que thérapeutiques susceptibles de l'améliorer.

Il ne s'agit en aucun cas de présenter une conduite thérapeutique modèle (la plupart des cas de la série proviennent d'autres services et ont été traités en "seconde main"), mais d'analyser des faits et d'en tirer les enseignements.

DEFINITION LIMITES DU SUJET ETUDIE

Afin d'éviter les malentendus, nous allons préciser exactement les limites de notre sujet ; on trouve trop de séries où sont mélangés des cas rentrant dans des cadres divers, comme, par exemple, des péritonites généralisées et des péritonites localisées, pour lesquelles les conditions diagnostiques et pronostiques sont bien différentes.

Péritonites généralisées : il s'agit de cas de péritonites aiguës diffusantes comportant un épanchement péritonéal microbien louche ou purulent, vérifiées opératoirement.

Péritonites post-opératoires : il s'agit de péritonites survenant vis à vis de l'intervention primitive dans des conditions de temps et de relations causales évidentes ou très largement plausibles.

Ces péritonites post-opératoires se séparent en deux catégories :

- péritonites après chirurgie abdominale incluant urologie et gynécologie, de loin les plus fréquentes.
- péritonites après chirurgie extra-abdominale, faisant intervenir parfois un mécanisme de stress.

Limites du sujet étudié

Nous envisageons uniquement des péritonites

- . septiques
- . généralisées

Nous éliminons :

A - Sur le plan des lésions

- 1) les réactions péritonéales non septiques

- réactions inflammatoires mécaniques
 - . ascite
 - . réaction à corps étranger

Comme celles induites par la poudre des gants

- réactions inflammatoires chimiques
 - . les pancréatites post-opératoires, isolées, non surinfectées ont été éliminées de la série.

2) les péritonites septiques cloisonnées

- abcès post-opératoires cloisonnés non diffusés dans la cavité péritonéale
- fistules organisées, extériorisées, ou internes

Par contre, nous avons admis dans notre série des cas d'abcès péritonéaux multiples, témoins d'une diffusion septique péritonéale généralisée avec enkystement secondaire.

B - Sur le plan des constatations de la réalité de la péritonite :

- 1) nos observations ne comprennent que des péritonites post-opératoires généralisées constatées macroscopiquement
- . à la réintervention (78 cas)
 - . lors des constatations nécropsiques (2 cas)

Nous éliminons les péritonites non réopérées ou non vérifiées.

2) enfin, nous nous limitons à des cas réopérés dans le service. Notre série est donc homogène sur le plan de la tactique thérapeutique, ne faisant appel à aucun regroupement de séries.

Au total, nous étudions 80 cas de péritonites post-opératoires généralisées traitées par la même équipe chirurgicale.

PREMIERE PARTIE

MATERIEL D'ETUDE

Nous n'avons retenu dans notre travail que les cas de péritonites post-opératoires généralisées satisfaisant aux critères de définitions précédemment énoncés.

Nous avons rassemblé 80 observations exploitables sur les cinq dernières années, jusqu'à la date du 30 juin 1977.

Ces observations proviennent de l'Hôpital Edouard-Herriot (Lyon) :

- du service des urgences chirurgicales de Monsieur le Professeur H. LIARAS (Professeur Agrégé NEIDHART) - Pavillon A ;
- des services de réanimation de Monsieur le Professeur J. MOTIN (Professeur Agrégé BOULETREAU) - Pavillon A Réanimation et N Réanimation ;
- du service de réanimation néphrologique de Monsieur le Professeur TRAEGER - Pavillon P Soins Intensifs.

Tous ces malades ont été suivis et traités sur le plan chirurgical par l'équipe de Monsieur le Professeur LIARAS, et Monsieur le Professeur Agrégé NEIDHART a pratiqué lui-même de nombreuses réinterventions.

La plupart de ces malades ont été suivis en "seconde main".

La zone de recrutement s'étend à plusieurs départements des régions centre et sud-est.

Chacune de ces observations est remarquable par les problèmes complexes, diagnostiques, thérapeutiques, techniques qu'elle a posés. Nous pensons plus vivant d'exposer un résumé de chacune de ces observations avec sa chronologie évolutive, avec pour chacune une conclusion synthétique sur la nature du cas. On trouvera chaque fois les références d'archives des dossiers. Dans la deuxième partie de ce travail, nous analyserons point par point l'ensemble de ces dossiers, en donnant à chaque fois nos conclusions.

OBSERVATION N° 1 CEY. Jeanne, 55 ans - Pavillon A 1976 - n° 748

Cette femme porteuse d'un anévrysme frontal inopérable est victime le 9 novembre 1976 d'un accident de défénestration d'une hauteur de 7 mètres. Admise dans une clinique d'une grande ville de la Drôme, elle présente un traumatisme crânien avec perte de connaissance, des fractures des branches ilio et ischiopubiennes gauches, une fracture tassement de L1. Devant les signes de choc hémorragique (malgré une transfusion de 15 ballons de sang) est pratiquée une

- LAPAROTOMIE EXPLORATRICE EN URGENCE. Découverte d'un volumineux hématome rétropéritonéal. Drainage abdominal simple.

A la 36ème heure, devant l'aggravation de l'état neurologique (P4) la malade est transférée à Lyon. Après intubation, ventilation assistée, l'état neurologique s'améliore (P1). Dès le 2ème jour, apparition d'un ictère à bilirubine non conjuguée. Au 4ème jour, aggravation de l'état neurologique (P5) ; artériographie carotidienne négative ; insuffisance rénale, troubles vasoplégiques malgré une tension artérielle stable ; l'abdomen augmenté de volume se défend, les flancs sont mats. Au 9ème jour, la conscience s'est améliorée (P3) ; amélioration respiratoire avec sevrage de l'assistance respiratoire ; ballonnement abdominal persistant. Au 11ème jour, majoration de l'ictère, élévation thermique ; abdomen ballonné mais dépressible, présence de sang à la ponction péritonéale :

- REINTERVENTION AU 11EME JOUR : découverte d'un hémopéritoine infecté avec grosse vésicule sous tension. Contenu vésiculaire purulent et non lithiasique. Contrôle radiologique de la voie biliaire principale normal. Cholecystectomie. Lavages péritonéaux à la Bétadine. Drainage multiple de la gouttière pariétocolique droite et de la région sous-hépatique par deux drains de Saratoga aspiratifs et deux lames multitubulées de "Staline". Fermeture aux points totaux de bronze (à l'examen de la pièce, plaques de nécrose au niveau de la muqueuse vésiculaire qui, par ailleurs, n'est pas perforée et avait une bonne vascularisation).

Evolution : apyrexie au 10ème jour, mais décès ultérieur par complications neurologiques.

Donc : péritonite post-opératoire après laparotomie exploratrice chez une polytraumatisée due à une CHOLECYSTOPATHIE DE CHOC sur vésicule non lithiasique.

OBSERVATION N° 2 VAS. Eric, 5 ans Pavillon A 1976 - n° 428

Syndrome péritonéal apparu depuis 48 heures.

- INTERVENTION par voie de Mac Burney le 1er avril 1976. Présence de pus dans le ventre et d'un fécalome de 1 cm de diamètre. Ectomie sans enfouissement d'un appendice gangréneux perforé. Toilette péritonéale à la Bétadine. Drainage par une lame multitubulée.

Suites apyrétiques pendant deux jours sous traitement antibiotique standard, puis ascension thermique au 4ème jour à 39°, malgré une reprise du transit (selles liquides aux 2ème et 3ème jours). L'abdomen sans préparation montre des niveaux multiples avec des anses cerclées. Ventre de péritonite.

- REINTERVENTION par laparotomie médiane sous-ombilicale au 5ème jour. Dès l'ouverture, issue de pus en quantité importante (Ristella, E.Coli, streptocoque non hémolytique). Occlusion du grêle par brides multiples qui sont libérées. L'origine de la récurrence se trouve au niveau du mésosigmoïde dans lequel l'abcès appendiculaire avait fusé. Nettoyage à la Bétadine. Drainage par trois lames dans le Douglas, et les deux gouttières pariéto-coliques. Fermeture à l'Ercelex.

Suites simples avec reprise du transit et apyrexie au 8ème jour (sous traitement Ampicilline et Flagyl).

Donc : récurrence de péritonite appendiculaire due à un ABCES RESIDUEL DU MESOSIGMOÏDE.

OBSERVATION N° 3 CHA. Alphonse, 68 ans Pavillon A 1976 - n° 391

Malade opéré dans une ville de la Haute-Loire, pour une appendicite pseudotumorale.

- PREMIERE INTERVENTION le 1er janvier 1976 : résection du coecum et de l'iléon terminal. Anastomose iléo-colique.

Extériorisation d'une fistule coecale au 21ème jour. Tableau péritonitique.

- REPRISE le 24 janvier (23EME JOUR) : cholécystopathie non lithiasique. Cholécystostomie et drainage sous-hépatique. Persistance de l'état septique.

- REINTERVENTION le 26 mars : nécrose coecale nécessitant une recoupe colique et une résection du grêle. Nouvelle anastomose iléo-colique et anus iliaque gauche. Chocs septiques et oligurie dans les suites.

- REPRISE le 27 mars pour hémopéritoine dû à un saignement de l'arcade bordante du colon gauche.

Le malade est transféré dans le service dans un état général gravissime, chocs septiques à répétition, oligoanurie, intubation trachéale. La colostomie gauche est nécrosée. Du liquide putride s'écoule par les nombreux drains sortant des flancs droit et gauche.

- COELIOTOMIE ITERATIVE d'une paroi en partie putride le 29 mars. Epanchement péritonéal formé d'une sanie effroyablement fétide mêlée de suc digestif. Nécrose colique gauche à partir de la colostomie due probablement à la ligature de l'arcade bordante. Découverte de trois perforations du grêle : l'une à 20 cm de l'angle duodéno-jéjunal, une autre au niveau d'une résection jéjuno-jéjunale, la troisième, 20 cm avant l'anastomose iléo-transverse. On réalise une colectomie gauche de complément, une jéjunostomie terminale, les deux perforations du grêle restantes étant appareillées par des sondes de Pezzer. Au cours de la toilette péritonéale, découverte sous le foie droit d'un "fantôme" d'angle colique droit isolé, qui est enlevé. Drainages multiples avec irrigations lavages continus à la Bétadine.

Décès au 4ème jour post-opératoire en anurie.

Donc : appendicectomie avec complications itératives. Péritonite post-opératoire par NECROSE COLIQUE AYANT PROGRESSE COMME UNE ENTEROPATHIE NECROSANTE AGGRAVEE PAR UNE LIGATURE VASCULAIRE et perforations multiples du grêle. Etat général dépassé après 3 mois d'état septique persistant.

Malade opéré en urgence pour ulcère perforé du bulbe duodénal.

- INTERVENTION le 15 mars 1976 : volumineux ulcère duodénal calleux et perforé avec péritonite. Suture, drainage.

Au 4ème jour post-opératoire, apparition de perturbations hydro-électriques, chocs septiques à répétition, subictère, urée à 2,g/litre. Extériorisation d'une fistule gastrique par l'orifice de drainage.

- REINTERVENTION AU 6EME JOUR repassant par l'incision médiane en bonne voie de cicatrisation. On découvre une triple perforation duodénale, l'une au niveau de la suture d'ulcère qui a lâché, une deuxième sur le genu superius, une troisième à la face postérieure du deuxième duodénum lors du décollement duodénopancréatique. Gastroduodénectomie avec rétablissement de la continuité en Polya précolique. Fermeture duodénale sur une sonde de Folley. Lavages péritonéaux au sérum Bétadiné. Drainages multiples aspiratifs.

L'évolution sera favorable après une période critique nécessitant l'épuration extra-rénale.

Donc : péritonite post-opératoire par LACHAGE DE SUTURE D'ULCERE DUODENAL PERFORE EN MILIEU SEPTIQUE, et perforations multiples. Diagnostic et traitement de la cause dans les 48 heures. Guérison.

Originaire d'Afrique du Nord, aux antécédents de tuberculose pulmonaire non évolutive et d'ulcère gastroduodénal ancien, qui présente un kyste hydatique du foie.

- INTERVENTION le 17 février 1976 dans une clinique lyonnaise ; résection du dôme saillant + cholecystectomie + vagotomie hyperselective.

- REINTERVENTION AU 5EME JOUR pour syndrome péritonéal avec température à 40° et douleur abdominale importante. Il existe un abcès sous-phrénique bilatéral. Drainage des deux hypochondres et installation d'un système de lavage irrigation à la Bétadine.

Dans les suites, persistance de chocs septiques, transfert dans le service. Ablation d'un cathéter rompu bloqué dans la sous-clavière gauche le 27 février 1976. Persistance de l'état septique. Septicémie à Ristella. Les drains abdominaux sont bouchés ; après ablation et reperméabilisation des trajets évacuation de pus abdominal puis de liquide jaune biliopurulent. Les radiographies de contrôle montrent qu'il existe une fistule colique de l'angle droit qui a pu survenir soit par dévascularisation au cours du traitement du kyste hydatique, soit par ulcération au contact des drains.

- REPRISE DE LA MEDIANE en fort mauvais état le 11 mars 1976. On constate que le kyste est guéri, la périkystectomie se fait facilement, la face hépatique apparaît cicatrisée. La brèche colique de 1,5 cm est située sur la face supérieure un peu après l'angle droit. Elle est suturée en deux plans à l'Ercelex. Drainage aspiratif bilatéral. Fermeture aux points totaux de bronze.

Dans les suites, persistance d'un état septique majeur, avec hémocultures positives à Ristella, puis à Klebsiella, malgré un traitement antibiotique majeur. Hémorragies gastriques non extériorisées à la 48 ème heure. Accentuation des chocs septiques au 7ème jour. Au 8ème jour, crises comitiales. Décès au 10ème jour post-opératoire, en insuffisance rénale aiguë.

Donc : résection du dôme saillant pour kyste hydatique et vagotomie hypersélective, compliquées d'abcès sous-phréniques bilatéraux. Péritonite post-opératoire par ULCERATION COLIQUE.
Diagnostic tardif car les drains se sont bouchés. Décès.

OBSERVATION N° 6

THO. Georges, 78 ans

P SI *

1976 - n° 21819

Admis dans une clinique lyonnaise pour hémorragie digestive, avec anémie, moelena et syncope, due à un ulcère hémorragique du deuxième duodénum.

- INTERVENTION le 6 mars 1976 : antro-duodénectomie, Dragstedt, gastro-entéro-anastomose type Polya.

Suites : arrêt de l'hémorragie, mais insuffisance respiratoire avec hypoxémie au 2ème jour, nécessitant l'intubation et la ventilation assistée. La radiographie pulmonaire montre une opacité du poumon droit et un épanchement pleural brunâtre de 100 CC à l'évacuation.

Transféré en service de réanimation au 3ème jour : la température est à 39°, l'abdomen est distendu, douloureux dans son ensemble, il n'y a pas de transit. Le malade fait une hématomérose avec chute tensionnelle à 9 et marbrures périphériques. Au 4ème jour, l'ablation de la mèche laissée lors de la première intervention donne issue à un épanchement bilieux signant le cholé-péritoine.

- COELIOTOMIE ITERATIVE au Pavillon A (4ème jour post-opératoire)
"Evacuation d'une grande quantité de liquide bilieux, probablement mêlé d'ascite et de fausses membranes", souillant largement la gouttières pariéto-colique droite et le Douglas. Déhiscence de la suture du moignon duodénal. Cette fistule est fermée sur une sonde de Pezzer de manière étanche. Toilette soigneuse du péritoine. Drainage multiple de la cavité abdominale. Fermeture appuyée par des points totaux de bronze.

Dans les suites, apparition d'un état de mal convulsif et d'une insuffisance rénale aiguë. Décès au 8ème jour avec septicémie à E. Coli + Entérocoque, malgré le traitement antibiotique majeur.

Donc : Péritonite post-opératoire par LACHAGE DU MOIGNON DUODENAL APRES GASTRECTOMIE.

Malgré une réintervention rapide, décès dû à l'âge du malade et à une atteinte majeure de l'état général (hémorragies massives + septicémie).

* P SI = Pavillon P, Soins Intensifs.

OBSERVATION N° 7

LEL. Marie, 70 ans

Pavillon A 1976 - n° 532

Antécédents : hypertension (Tension Artérielle : 18) depuis l'âge de 30 ans (traitement : Népressol, Lasilix) ; dyspepsie flatulente depuis 20 ans ; insuffisance rénale chronique avec azotémie à 1,06 g/l ; souffle cardiaque systolique ; opération de Halstedt en 1946.

Cette malade présente le 11 aout 1976 un tableau douloureux abdominal fébrile (40°) avec contracture maximum à droite, évoluant de façon aiguë depuis moins de 24 heures.

- LAPAROTOMIE MEDIANE A CHEVAL en urgence le 11 aout 1976 : péritonite sans cause évidente (aspiration de un litre de pus). Contrôle biliaire, cholécystostomie. Découverte d'une polykystose hépato-rénale. Drainage.

Les suites sont simples et apyrétiques pendant trois jours, avec reprise du transit et écoulement clair par les drains. Au 5ème jour, choc septique avec marbrures périphériques, conscience perturbée, ventre très douloureux dans son ensemble.

- COELIOTOMIE ITERATIVE le 16 aout 1976 : fécalopéritoine par perforation d'un diverticule sigmoïdien (sigmoïdite modérée). Suture, extériorisation du sigmoïde. Drainages multiples.

Apyrexie le lendemain, mais décès au 3ème jour post-opératoire en état d'acidose métabolique.

Donc : péritonite post-opératoire par PERFORATION D'UN DIVERTICULE SIGMOIDIEN après une première péritonite dont la cause était demeurée obscure. Malgré un diagnostic immédiat, décès au 3ème jour chez une malade âgée en mauvais état général.

OBSERVATION N° 8 DUP. Roland, 18 ans Pavillon N Réanimation 1976
n° 41 252

Malade opéré dans une grande ville de la Loire pour appendicite aiguë.

- APPENDICECTOMIE le 5 juillet 1976 : appendice rétro-coecal abcédé cloisonné. Ectomie, enfouissement, drainage de la gouttière pariéto-colique. Traitement Pénicilline 3 Millions, 1 Million.

Suites fébriles à 40° au 4ème jour, avec ictère, frissons. Hémocultures positives le 17 juillet (Streptocoque + bacille Gram (-)) et le 19 juillet (Entérocoque + Clostridium anaérobie). Suppuration pariétale.

- MISE A PLAT DE LA PAROI le 16 juillet ramenant du pus.

- NOUVELLE MISE A PLAT le 19 juillet : phlegmon pariétal avec pus + gaz. Le malade est transféré au Pavillon N pour oxygénothérapie hyperbare.

Les chocs septiques se succèdent, le malade est ictérique, polypnéique, mais conscient, sa température est à 39°. L'abdomen est tendu et douloureux. La paroi du flanc droit crépite. Ecoulement purulent abondant par l'éviscération du Mac Burney.

- REPRISE DU MAC BURNEY au Pavillon A le 20 juillet (15ème jour). Evacuation de caillots pariétaux (750 CC). Après agrandissement du Mac Burney, on effondre plusieurs logettes purulentes au voisinage du coecum très hémorragique. Ablation de caillots infectés entre les anses grêle par ailleurs normales. Drainage multiple. Fermeture lâche.

Apyrexie au 2ème jour avec le traitement antibiotique massif et l'oxygène hyperbare. Au 3ème jour, aggravation : teint plombé, hypothermie, ventre de bois.

- REPRISE PAR LAPAROTOMIE MEDIANE le 23 juillet : deux litres de pus franc dans le ventre. Lavage. Drainage + irrigation péritonéale à la Bétadine.

Au 5ème jour, nouvelle aggravation avec tableau douloureux de l'hypochondre gauche.

- REPRISE le 28 juillet : la cavité abdominale est assez propre mais on évacue un volumineux abcès de l'arrière cavité des épiploons. Poursuite des irrigations à la Bétadine.

- REPRISE le 3 aout pour évacuation d'un abcès centro-hépatique découvert à la scintigraphie.

Décès le 8 aout 1976 en acidose métabolique, collapsus cardiovasculaire, péricardite et insuffisance aortique (endocardite infectieuse probable).

Donc : abcès appendiculaire compliqué dans les suites avec SUPPURATION DE PAROI ANAEROBIE, et ABCES RESIDUELS MULTIPLES DU PERITONE.

Malgré les mises à plat itératives, évolution vers un état septicémique avec localisations hématogènes cardiaque et hépatique (abcès multiples du foie à l'autopsie.)

OBSERVATION N° 9 LUV. Joëlle, 27 ans Pavillon A 1976 n° 515

Polytraumatisée de la route présentant un traumatisme crânien, une fracture corporeale de C2 + subluxation C2 C3 sans signe neurologique, un volet thoracique antérieur gauche avec hémothorax, une rupture sous-adventicielle du tronc brachio-céphalique à l'aortographie, des fractures fermées du membre inférieur gauche. Choc hémorragique.

- THORACOPHRENOLAPAROTOMIE le 19 juillet 1976 en urgence après une ponction-lavage péritonéale positive. Plaies linéaires hépatiques suturées. Rupture de rate : splenectomie. Drainages thoracique et sous-phrénique bilatéral.

Suites : tension stabilisée, ventilation assistée, traction par étrier de Gruschfield. Transfusion de 44 flacons de sang les premiers jours. Diurèse correcte.

Au 10ème jour, ascension thermique à 39°5, choc septique, ictère. Les drains donnent plus depuis 48 heures. Apparition de l'insuffisance rénale avec baisse des concentrations uréiques urinaires.

- COELIOTOMIE ITERATIVE le 29 juillet : la loge splénique est infarctée de caillots qui sentent mauvais. Dragstedt, pyloroplastie pour hémorragie gastrique de stress (gastrite à la gastroscopie). Cholécystostomie sur une sonde à ballonnet. Lavage du péritoine à la Bétadine. Drainage multiple.

Suites : persistance de l'insuffisance rénale avec azotémie à 2,8 g/l au 4ème jour post-opératoire : oedème interstitiel pulmonaire. Le tout aboutit au décès bien que les hémorragies gastriques aient cessé.

Donc : péritonite par HEMOPERITOINE INFECTE après splenectomie. Décès par insuffisance rénale et pulmonaire dans un contexte polytraumatique gravissime.

OBSERVATION N° 10 MAT. René, 43 ans Pavillon A 1976 n° 514

Ulcéreux connu traité médicalement puis par gastro-entéro-anastomose isolée, deux ans auparavant. Ancien tuberculeux pulmonaire, éthylique et épileptique connu. Le 5 juillet 1976, syndrome douloureux abdominal brusque avec défense épigastrique. Un transit baryté montre un ulcère peptique sur anse efférente, non confirmé par l'endoscopie (bouche étroite).

- INTERVENTION le 12 juillet 1976 : dégastrogastrectomie. Les anastomoses gastrojéjunale trans-mésocolique et duodéno-jéjunale sont réalisées en deux plans muqueux et extramuqueux à l'Erce dex.

Suites d'abord simples et apyrétiques. Au 2ème jour, delirium tremens puis crise comitiale et coma. Artériographie carotidienne négative.

- REPRISE au 4ème jour pour hémorragie extériorisée par la lame de drainage : découverte d'une nécrose partielle du grand épiploon. Omentectomie ; splénectomie, la rate ayant été lésée au cours du décaillotage ; calfeutrage d'une petite fuite au niveau du moignon duodénal.

Quatre jours plus tard, la température est à 40°. Au 6ème jour, elle n'est plus qu'à 37°7, mais le malade fait des décharges septiques et l'abdomen est de plus en plus tendu.

- REPRISE le 22 juillet 1976 : on trouve un liquide nauséabond dans le péritoine. Déhiscence de la moitié postérieure de l'anastomose gastrojéjunale. Les autres sutures sont correctes. Lavages à la Bétadine. Réfection de l'anastomose en deux plans. Installation d'un système d'irrigation lavages du péritoine.

Malgré l'apyrexie, le malade décède au 5ème jour post-opératoire, un myélogramme montre un envahissement total par des germes microbiens.

Donc : péritonite post-dégastrogastrectomie et splénectomie, par
DESUNION DE L'ANASTOMOSE GASTROJEJUNALE.
 Décès par état septique certainement aggravé par la splénectomie.

Ejecté de sa voiture le 9 février 1976 - Urétrorragie importante et hématome sus-pubien. Disjonction sacro-iliaque gauche, fracas de l'aile iliaque gauche ; fractures multiples des branches ilio ischio-pubiennes. Conscient ; choc hémorragique.

- LAPAROTOMIE MEDIANE en urgence : suture de deux plaies du grêle ; abord extra-péritonéal rétropubien, taille vésicale, sondage de l'urètre rompu au niveau du bec prostatique. Fermeture vésicale sur une sonde de Foley de cystostomie.

Suites fébriles avec atélectasie pulmonaire + hémorragie méningée à la ponction lombaire. Ventilation assistée puis trachéotomie au 5ème jour. Après une reprise transitoire, arrêt du transit. Le ventre est ballonné et douloureux dans son ensemble ; dilatation du grêle sur l'abdomen sans préparation ; le transit à la Gastrographine ne montre aucun passage vers l'estomac.

- REPRISE le 17 février 1976 ; le ventre est propre, occlusion mécanique du grêle au niveau du drain de Redon placé dans le Retzius. Découverte d'une cholécystite non lithiasique : cholécystectomie sans contrôle biliaire car le cystique n'est pas perméable. Splénectomie de nécessité.

Suites : reprise du transit le 3 mars ; l'état de conscience s'est amélioré, les urines sont claires, la ponction lombaire normale. Le 4 mars, extériorisation d'une fistule biliaire de 1,3 litre/ jour ; température oscillante à 40°.

- REPRISE le 5 mars 1976 : péritonite biliaire par lâchage du moignon cystique. Lavages, drainages multiples.

Apyrexie le lendemain. Le 18 mars, reprise d'un transit intestinal normal. Alimentation continue à la nutripompe : 2 500 calories / jour. Ablation de la sonde de cystostomie.

Le 30 mars, choc septique dont le point de départ est une infection urinaire à pyocyanique. Thrombose du membre supérieur gauche.

Décès le 1er avril 1976 par arrêt cardiaque anoxique.

Donc : PERITONITE BILIAIRE après cholecystectomie pour cholecystopathie non lithiasique, par LACHAGE DU MOIGNON CYSTIQUE.
Diagnostic et traitement immédiats suivis de guérison sur le plan abdominal.

OBSERVATION N° 12

PHI. Louise, 61 ans

Pavillon P Soins Intensifs

1976

n° 217 78

Antécédents : obésité, insuffisance cardiaque et respiratoire
Opérée dans un service orthopédique d'une grande ville de la Loire pour genu
varum.

- OSTEOTOMIE SUPRA-CONDYLIENNE avec enclouage fémoral le 11 janvier
1976.

Suites fébriles avec suppuration à staphylocoque pathogène. Traitement
antibiotique massif adapté plusieurs fois. Evacuation d'un abcès local au 20ème
jour. Puis, apparition d'une insuffisance rénale aiguë motivant le transfert au
Pavillon P.

L'épuration extra-rénale est entreprise. L'attention est attirée sur
l'abdomen ballonné avec défense généralisée et matité des flancs. Ileus radio-
logique. Apparition de troubles respiratoires et de conscience : ventilation
assistée. Au bout de trois jours au Pavillon P, augmentation des amylases à
2 000 unités, glycémie normale, hypocalcémie à 65.

- Au 43ème jour post-opératoire (Le 24 février 1976) : COELIOTOMIE
SUS-OMBILICALE après ponction-lavage péritonéale ayant ramené du liquide gris
verdâtre en quantité importante. Découverte d'une pancréatite aiguë avec lésions
de cystostéonécrose étendues, mais sans nécrose pancréatique. Omentectomie.
Cholécystostomie sur une vésicule lithiasique : les calculs sont évacués et un
contrôle biliaire montre une voie biliaire principale normale, avec petit cholé-
doque. Lavages, drainages multiples. Remontée tensionnelle en fin d'intervention.
Une réintervention de principe est prévue pour les jours suivants.

Décès au 2ème jour post-opératoire de choc septique.

Donc : suppuration persistante pendant 40 jours au niveau d'un foyer
d'ostéotomie fémorale. Insuffisance rénale aiguë faussement attribuée au traite-
ment antibiotique prolongé. PERITONITE POST-OPERATOIRE APRES OSTEOTOMIE SUPPUREE
due à l'association d'une pancréatite aiguë et d'un état septique prolongé.

OBSERVATION N° 13

REY. Marcel, 51 ans

Pavillon N Réanimation
n° 09566

1976

Malade éthylique victime d'un accident de la voie publique dans une ville de Haute-Savoie. Hospitalisé sur place, il présente des signes de choc et une défense abdominale.

- LAPAROTOMIE EXPLORATRICE le 12 février 1976. Le chirurgien aurait trouvé une plaie du mésocolon et du mésentère ? On ne possède aucun compte-rendu opératoire.

Suites simples le premier jour. Au 2ème jour, delirium tremens puis détresse respiratoire ; l'intubation trachéale trouve du liquide digestif dans les bronches. Le malade est muté à Lyon, dans le service du Professeur MOTIN..

Au 8ème jour, il est choqué avec tension artérielle à 5, oligoanurique, le ventre est de bois, un drain de caoutchouc dans la fosse iliaque gauche ramène du liquide digestif.

- COELIOTOMIE SOUS-OMBILICALE le 20 février 1976 : péritonite avancée avec abondance de liquide digestif ; les anses sont couvertes de fausses membranes et par endroits, ont un aspect de lie de vin. On découvre une nécrose complète de l'angle duodéno-jéjunale. Le 3ème duodénum est libéré derrière l'axe mésentérique, sectionné et fermé par une bourse. Pylorotomie longitudinale vérifiant l'absence d'ulcération. Anastomose latérale de la première anse jéjunale viable, rendue borgne, sur cette pylorotomie. Epiplooplastie. On découvre également un hématome de caillots vieillis dans la loge splénique : petite plaie antérieure de la rate ; splénectomie. Lavages, drainage multiple avec système d'irrigation à la Bétadine.

Dans les suites, l'anurie persiste, le choc résiste à des doses croissantes d'Isuprel. Le décès survient au 2ème jour avec troubles majeurs des gaz du sang.

Donc : laparotomie post-traumatique avec exploration insuffisante (lésion vasculaire rétropéritonéale et rupture splénique méconnues). Le diagnostic de PERITONITE POST-OPERATOIRE PAR NECROSE INTESTINALE a été tardif en raison de la survenue d'un syndrome de Mendelsohn intercurrent. L'état général trop précaire lors de la reprise opératoire entraîne le décès.

OBSERVATION N° 14 SAG. Giacomo, 68 ans Pavillon A 1976 n° 486

Malade aux antécédents ulcéreux ayant subi deux ans auparavant une intervention de Dragstedt + pyloroplastie. Il se présente à la garde le 16 mai 1976 en occlusion du grêle, arrêt des matières depuis 8 jours, vomissements fécaloïdes, état de déshydratation et acidose. Après réanimation pendant quelques heures :

- LAPAROTOMIE A CHEVAL en urgence : découverte d'une bride serrée entre le jéjunum et l'angle iléo-coecal avec volvulus complet autour de cette bride ; grêle et méso violacés, d'aspect non viable. Résection iléale de 2,50 m jusqu'à l'angle iléo-coecal. Fermeture du bout colique en deux plans. Anastomose jéjuno-colique termino-latérale en deux plans. Fermeture de la brèche mésentérique. Drainage par une lame. Fermeture aux fils métalliques.

Dans les suites, pas de reprise du transit. Apparition progressive d'une insuffisance rénale. Au 8ème jour, ventre de péritonite. Le malade est réopéré dans un service lyonnais :

- REPRISE le 23 mai 1976 : péritonite stercorale par lâchage de la moitié de la suture jéjunocolique. Hémicolectomie droite vraie. Anastomose jéjuno-transverse termino-terminale en un plan. Lavages au sérum chaud. Drainage des gouttières pariéto-coliques par deux lames. Fermeture à points totaux. Agrafes sur la peau.

Les suites sont marquées par des chocs septiques itératifs, l'écoulement par la plaie d'un liquide sanieux, fétide, sans emphysème local. Les drains laissent écouler un liquide purulent différent de celui de la paroi.

- COELIOTOMIE ITERATIVE au Pavillon A le 26 mai 1976 : sphacèle important du tissu sous-cutané et d'une partie des muscles droits, d'odeur repoussante, sans gaz. Entre la paroi et l'intestin, épanchement de bouillon sale, fétide, non drainé par les lames placées latéralement. La suture a tenu. Lavages, drainages multiples. La paroi est rapprochée par quelques points totaux de bronze. Lavage irrigation à la Bétadine.

Décès le lendemain.

Donc : PERITONITE STERCORALE PAR LACHAGE DE SUTURE JEJUNO-COLIQUE AU 8 EME JOUR ; nouvelle résection anastomose en milieu septique avec DRAINAGE INSUFFISANT : RECIDIVE DE LA PERITONITE. Décès.

OBSERVATION N° 15 PON. Augustine, 73 ans Pavillon P Soins Intensifs 1976
n° 22162

Malade porteuse d'une prothèse bilatérale de hanche depuis un an, qui présente un prolapsus utérin gênant.

- le 10 mai 1976, dans une ville de l'Ain : CURE DE PROLAPSUS PAR VOIE BASSE, sans incident technique. La malade reçoit 250 CC de sang A2 Rh + au lieu de O Rh +.
Le lendemain, anurie et transfert dans le service de réanimation néphrologique de Monsieur le Professeur TRAEGER.

Au 4ème jour, augmentation de volume de l'abdomen et marbrures périphériques évoquant une toxi-infection. Au 5ème jour, péritonisme indiscutable avec ballonnement important. Il existe un empatement sus-pubien et une masse douloureuse de la fosse iliaque droite. Les touchers pelviens sont sans particularité. On porte le diagnostic de cellulite sous-péritonéale avec diffusion à la séreuse.

Le sondage ramène 200 CC d'urines très sales et affaisse la masse qui occupait la fosse iliaque droite. Il persiste cependant un empatement profond.

- COELIOTOMIE SOUS-OMBILICALE le 15 mai 1976 au Pavillon A. Il existe un hématome sous-péritonéal important et infecté de fétidité notable dans la région rétro-pubienne. Après mise à plat, on s'aperçoit par transparence que le péritoine contient du liquide. Incision séreuse : le pelvis est occupé par un épanchement sanguin noirâtre d'odeur repoussante (bactéroïdes fragilis et corynébactéries aeroanaérobies). On aperçoit une brèche dans le péritoine pelvien prérectal sans effraction viscérale. Le liquide suspect est retrouvé jusque dans l'étage sus-mésocolique. Toilette. Drainages multiples.

Malgré l'irrigation péritonéale à la Bétadine, le traitement antibiotique majeur et l'épuration extra-rénale, persistance d'une anurie totale et de chocs toxi-infectieux (tension artérielle normale, mais vasoconstriction périphérique). Décès au 2ème jour post-opératoire.

Donc : péritonite secondaire à une intervention gynécologique par voie basse, due à un HEMATOME SOUS-PERITONEAL INFECTE ROMPU DANS LE PERITOINE.
Diagnostic au 5ème jour seulement, l'insuffisance rénale aiguë étant attribuée à la seule erreur transfusionnelle, chez une malade âgée : décès.

OBSERVATION N° 16

VIN. Marceau

Pavillon A

1976

n° 373

Malade présentant un ulcère duodénal térébrant dans le pancréas, opéré dans une ville de l'Ardèche :

- GASTRODUODENECTOMIE fin janvier 1976. Gastro-entéro-anastomose type Polya.
Suites troublées ; reprise difficile du transit, index baryté bloqué dans l'estomac.

- REPRISE au 10ème jour : découverte d'un abcès inter-hépto-pancréatique. Evacuation, drainage. Dans les suites, aggravation de l'état général, signes septiques, oligo-anurie justifiant l'évacuation au Pavillon N Réanimation.

- REPRISE le 8 février 1976 : découverte d'une pancréatite avec énorme cyto-stéatonecrose. Fistule duodénale patente, dirigée sur une sonde de Folley. Excision des tissus nécrosés, drainage.

Le lendemain, l'état s'aggrave encore. Une ponction de la fosse iliaque droite ramène un pus jaunâtre, malodorant, très abondant. Après une séance d'épuration extra-rénale, le malade est repris au Pavillon A :

- COELIOTOMIE ITERATIVE élargie le 10 février 1976 : l'abdomen est rempli de liquide purulent, fétide, mélangé de liquide digestif qui s'écoule par la déchiscence du moignon duodénal. Il existe une énorme coulée cellulitique rétro-péritonéale décalant le colon droit. La nécrose intéresse essentiellement la tête pancréatique. On réalise une pancréatectomie totale suivant le protocole d'Alexandre. Puis, une hémicolectomie droite et un curage de la graisse rétropéritonéale saponifiée jusque et y compris la graisse périrénale droite. L'arrêt cardiaque se produit à ce moment. L'intervention aurait été autrement terminée par une iléostomie de nécessité et un abouchement de l'angle gauche à la peau. La continuité n'aurait été rétablie que dans un second temps.

Donc : gastroduodénectomie compliquée d'abcès inter-hépto-pancréatique puis de pancréatite aiguë nécrotique.
L'aggravation de l'état général au 10ème jour a été mise à tort sur le compte de l'oligo-anurie.

PERITONITE POST-OPERATOIRE DEPASSEE ASSOCIANT NECROSE DE LA TETE PANCREATIQUE, ABCES ET FUITE DIGESTIVE PAR LE MOIGNON DUODENAL. DECES.

OBSERVATION N° 17 COL. Suzanne, 44 ans Pavillon P Soins Intensifs 1976
n° 21715

Antécédents tuberculeux (pleurésie droite en 1953) ; kyste mucoïde de l'ovaire droit opéré en 1973 avec dans les suites fistules du grêle dans les deux fosses iliaques pendant plus de deux ans ; imprégnation éthylique. La malade est hospitalisée début 1976 dans une ville de la Loire pour température au long court, diarrhées chroniques et masse abdominale.

- LAPAROTOMIE le 2 février 1976 : pratiquée par un gynécologue qui découvre une "pelvi-péritonite plastique". Au cours de l'acte, sont réalisées : une plaie du sigmoïde, une brèche vésicale, deux plaies du grêle. Anus iliaque gauche sur baguette, cystostomie, double résection du grêle et drainage abdominal multiple.

A la 48ème heure, l'anurie motive le transfert dans le service des insuffisants rénaux à Lyon.

Au 3ème jour, la malade est anurique, comateuse (P5), subictérique, sa température est à 40° ; elle fait des chocs septiques et du liquide fétide s'écoule par tous les drains.

- COELIOTOMIE ITERATIVE le 5 février 1976 au Pavillon A, après une réanimation intensive de 4 heures. Découverte d'un vaste uro-fécalo-péritoine avec ouverture du sigmoïde, d'où s'échappent de nombreuses scybales, du dôme vésical déhiscent, ainsi que les deux sutures du grêle. Après toilette du péritoine, le rectum laissé ouvert est méché, la cystostomie est réparée, une résection du grêle emporte les deux anastomoses précédentes. Fermeture à points totaux laissant la peau ouverte ; irrigations à la Bétadine.

L'état général reste critique. Le lendemain, tension artérielle à 6, ventilation assistée ; puis la diurèse reprend. Au 2ème jour, l'état de conscience s'aggrave tandis qu'apparaît une insuffisance hépatique sévère (purpura extensif). Décès au 7ème jour en insuffisance rénale à diurèse conservée, avec encombrement pulmonaire majeur.

Donc : PERITONITE URO-STERCORALE au stade terminal, consécutive à des plaies viscérales iatrogènes multiples. Masque d'insuffisance rénale aiguë. Décès.

Jeune fille aux antécédents de bronchite et de cystite, présentant un tableau appendiculaire, opérée dans une ville de Savoie :

- APPENDICECTOMIE le 9 janvier 1976 (appendice inflammatoire). Suites fébriles avec phénomènes septiques généraux.

- REPRISE au 8ème jour : abcès de la fosse iliaque droite et abcès sous-phrénique droit. Evacuation, drainage.

Dans les suites, pleurésie purulente nécessitant le drainage. La malade est transférée dans le service du Professeur MOTIN à Lyon.

Le 30 janvier, sa température est à 39°, elle est somnolente et confuse, polypnéique. L'alimentation et le transit ont cependant repris les jours précédents. L'écoulement purulent par les drains et la crépitation neigeuse de la paroi font décider la réintervention.

- REPRISE le 30 janvier au Pavillon A : l'exploration de la médiane en partie sphacélée conduit à évacuer une énorme collection suppurée pelvienne sous-péritonéale de l'espace de Retzius. L'exploration de l'incision de la fosse iliaque droite remonte sous le foie et rejoint l'incision sous-costale droite et la cavité de l'abcès sous-phrénique qui contient encore des caillots et du pus fétide. Vers le haut, il existe un décollement pyo-gazeux qui intéresse le flanc et se prolonge dans toute la région dorsale droite jusqu'à l'omoplate. Toutes ces cavités sont mises à plat et drainées. (*Welchia perfringens* et *Listeria pseudoinsolita* à la bactériologie).

Traitement antibiotique majeur et oxygénothérapie hyperbare. Malgré cela, le décès survient au 2ème jour dans un état de chocs septiques irréversibles.

La nécropsie montrera un ventre propre sauf un écoulement rétrocoecal, une hépatomégalie, pas de crépitation du tissu cellulaire sous-cutané, mais une collection suppurée enkystée thoracique.

Donc : APPENDICECTOMIE SIMPLE COMPLIQUEE D'ABCES MULTIPLES, PUIS DE GANGRENE GAZEUSE DE PAROI.

Malgré les mises à plat, décès par suppuration pulmonaire.

OBSERVATION N° 19

RIT. Eva, 40 ans

Pavillon P Soins Intensifs
n° 21581

1975

Malade sans antécédent, présentant un tableau de péritonite rapporté à une perforation appendiculaire, hospitalisée dans une clinique lyonnaise.

- opérée le 8 décembre 1975 : INCISION DE MAC BURNEY ; on ne trouve pas l'appendice mais des abcès et des fausses membranes. Reprise par médiane : on trouve l'appendice sain ; il s'agit d'une péritonite d'origine génitale avec une perforation utérine postérieure. Nettoyage, mise en place d'un système d'irrigation péritonéale aux antibiotiques avec l'idée d'une hystérectomie dans un deuxième temps.

Après une amélioration transitoire, sous antibiothérapie locale et générale, réapparition d'une température élevée et de chocs septiques.

- REPRISE au 11ème jour : évacuation d'un abcès sous-phrénique ; on trouve une masse pelvienne qui n'est pas touchée. Drainage.

Pas d'amélioration dans les suites. La malade est mutée dans le service de réanimation, Pavillon P Soins Intensifs. Le 21 décembre, la température est à 40°, il existe un subictère, l'abdomen est légèrement distendu, douloureux dans les flancs. Décision de reprise devant la gravité du syndrome infectieux et la menace de choc septique.

- REPRISE au Pavillon A le 21 décembre 1975 : dès l'ouverture de la médiane, écoulement d'un flot de sang noirâtre mêlé de sérosité non fétide et de gaz. Il existe un hématome pelvien ressemblant à une hématocele déjà ancienne. L'épanchement se poursuit jusqu'au mésocolon et semble provenir d'éraillures du mésentère. La masse pelvienne se révèle être un pyosalpinx prolabé derrière l'utérus. On découvre enfin une fuite digestive au niveau d'un point de nylon placé sur le grêle. Après réfection et lavage, installation d'un drainage multiple, plus irrigation. Points totaux après parage des berges de la médiane ; contenseur collé.

L'état fébrile persiste à 40° ; apparition d'une fistule intestinale de la fosse iliaque gauche (400 CC / jour). Hémorragie du Douglas mècheée au 13ème jour. Pneumothorax iatrogène le 4 janvier 1976. Insuffisance hépatique sévère. Apparition d'une insuffisance rénale aiguë en 3 jours, à partir du 5 janvier. Mal convulsif inexpliqué le 14 janvier. Décès le 22 janvier au 30ème jour post-opératoire.

Donc : péritonite post-opératoire due à UN PYOSALPINX MECONNU à l'exploration, associé à une PERFORATION DU GRELE IATROGENE non étanche, et à un HEMOPERITOINE par éraillures du mésentère.
Diagnostic tardif après deux semaines d'évolution. Décès.

OBSERVATION N° 20

COL. Albert

Pavillon A

1971

n° OP 12-11

Malade opéré en urgence pour plaie abdominale par balle le 27 juillet 1971 ; état de choc, signes d'hémopéritoine ; un seul orifice d'entrée à gauche de la ligne médiane sus-ombilicale ; la balle est visible sur la radiographie dans la fosse lombaire gauche, en avant de la 12ème cote.

- LAPAROTOMIE MEDIANE SUS-OMBILICALE : la balle a déchiré le bord libre du lobe gauche du foie, traversé l'estomac à sa partie moyenne près de la grande courbure, blessé l'artère et la veine splénique au bord supérieur du pancréas, perforé le rein gauche d'avant en arrière au niveau du sinus rénal. La balle est retrouvée devant le col de la 12ème cote. Hémostase des vaisseaux spléniques ; splénectomie. Après décollement de l'angle gauche, le sinus du rein est abordé, hémostase. Excision, suture en monoplan des deux plaies gastriques. Gastrostomie temporaire. Suture de la plaie du foie. Drainage multiple.

Dans les suites, ulcère de stress puis tableau de péritonite.

- REPRISE vers le 14ème jour : découverte d'un hémopéritoine infecté à partir de la gastrostomie fuyant dans le péritoine. Nephrectomie d'hémostase ; fermeture de la gastrostomie.

Dans les suites, éviscération. Décès le 27 aout (au 30ème jour après l'intervention initiale) par hémorragie brutale.

Donc : plaie abdominale par balle avec plaie du foie, des vaisseaux spléniques, de l'estomac et du rein gauche. Péritonite par HEMOPERITOINE INFECTE A PARTIR D'UNE GASTROSTOMIE NON ETANCHE. Décès par hémorragies de Stress.

<u>OBSERVATION N° 21</u>	MAR. Antoine, 48 ans	Pavillon P Soins Intensifs n° 21435	1975
		Pavillon A n° 298	

Antécédents de goutte et hypertension artérielle.

En voiture, contre un arbre : traumatisme thoraco-abdominal, traumatisme crânien avec perte de connaissance, choc ; sang pur à la ponction, dialyse du péritoine. Intervention en urgence dans une ville de la Loire :

- LAPAROTOMIE le 28 novembre 1975 : découverte d'une plaie du mésocolon transverse, d'une contusion de la tête pancréatique, d'une plaie de la veine mésentérique supérieure. Duodénopancréatectomie céphalique ; gastrectomie des 2/3 type Finsterer ; grain de Kehr.

A la 48ème heure, oligoanurie et transfert à Lyon au Pavillon P Soins Intensifs.

Dans le service de réanimation après deux jours d'anurie, reprise d'une diurèse hydrique sans concentration urinaire ; installation d'un syndrome septique. Au 7ème jour, hémorragie par les drains droits et gauches, profonde et artérielle ; fistule avec écoulement d'un liquide digestif fétide.

- COELIOTOMIE ITERATIVE le 5 décembre 1975 au Pavillon A : la paroi est en bon état ; dès l'ouverture de l'abdomen, évacuation de collections sous-hépatiques où se mêlent du pus, de la bile, du contenu intestinal. On constate une déhiscence partielle de l'anastomose cholédoco-jéjunale à sa partie antérieure, une désunion totale de l'anastomose pancréatico-jéjunale ; l'hémorragie provient d'une ulcération d'une branche de la splénique. Le corps et la queue du pancréas sont le siège d'un processus de pancréatite aiguë avec cytotostéonécrose. On complète la spléno pancréatectomie totale. Drainages multiples avec irrigation à la Bétadine.

Les suites sont apyrétiques mais le malade est omubilé ; l'épuration extra-rénale est poursuivie ; au 2ème jour, petite fistule digestive. Epanchements péricardiques et pleural gauche. Le 23 décembre (8ème jour), hémorragies gastriques avec ulcère au niveau de l'anastomose gastro-jéjunale. Récidive massive le 30 décembre. Décès au 25ème jour post-opératoire. L'autopsie montre que l'hémorragie vient de la tranche d'anastomose sur l'estomac et qu'il existe un abcès du lobe inférieur pulmonaire prêt de perforer la coupole diaphragmatique gauche.

Donc : péritonite par LACHAGE DE DUODENOPANCREATECTOMIE CEPHALIQUE POST-TRAUMATIQUE. Evolution à bas bruit révélée par une hémorragie extériorisée par les drains. Malgré la reprise, décès par complications pulmonaires et hémorragies de stress.

OBSERVATION N° 22 MIC. Claudette, 27 ans

Pavillon N Réanimation 1975
n° 56045
Pavillon A n° 301

Pancréatite aiguë d'origine lithiasique opérée dans une ville de la Loire.

- INTERVENTION le 10 octobre 1975 : après un abord de Mac Burney qui trouve du liquide bilieux louche, laparotomie médiane. Il existe une pancréatite aiguë diffuse. Cholécystectomie, drain trans-cystique, drainage sous-hépatique.

Suites fébriles ; apparition d'une oligoanurie motivant le transfert à N Réanimation au 8ème jour.

Mise en route de l'épuration extra-rénale. Après une phase de météorisme intense, reprise du transit le 22 octobre en diarrhée ; l'abdomen devient souple. L'alimentation est reprise. Les séances d'épuration extra-rénale s'espacent. Brusque aggravation le 1er novembre : douleur de l'hypochondre gauche étendue à la fosse iliaque gauche, tandis que la diurèse se pince, reprise de l'épuration extra-rénale pour hyperkaliémie, température à 38°5. L'amylasémie passe brusquement de 400 à 800 Unités. Une échotomographie montre une formation kystique au niveau de la queue du pancréas. On pense au développement d'un pseudokyste post-nécrotique.

- COELIOTOMIE ITERATIVE le 3 novembre 1975 au Pavillon A : flot de liquide brun-noirâtre avec cytotéatonecrose intense au niveau du grand épiploon, du mésocolon ; l'épanchement est retrouvé important dans le Douglas. Il provient d'un kyste pancréatique rompu de la queue du pancréas. Après omentectomie, on réalise une pancréatectomie corporéo-caudale, et une cellulectomie rétrocolique gauche. Drainage multiple.

Ulcère de stress duodénal dans les suites.

- REPRISE le 15 novembre pour hémorragie massive extériorisée par le drain du flanc gauche : on ne découvre que des saignements punctiformes multiples de la loge splénique. Vagotomie, pyloroplastie pour traiter l'ulcère aigu. Ablation d'un petit séquestre pancréatique, la tête du pancréas a très bon aspect. Drainage.

Dans les suites, le syndrome hémorragique diffus persiste, aggravé à chaque épuration extra-rénale. Les troubles respiratoires imposent la ventilation assistée le 17 novembre. Choc septique le 18 novembre. Collapsus progressif irréversible et décès le 20 novembre (17ème jour). L'autopsie retrouvera de petites poches de pus entre les anses intestinales et un petit abcès de la loge pancréatique.

Donc : pancréatite aiguë drainée, compliquée de PSEUDOKYSTE PANCREATIQUE ROMPU étonnant par sa longue latence clinique. Malgré la reprise, infection de l'épanchement. Décès par complications pulmonaire, hémorragique et défaillance cardio-vasculaire.

OBSERVATION N° 23 ODO. Daniel, 30 ans Pavillon A 1975 n° 272

Accident de circulation : traumatisme crânien, perte de connaissance, coma, traumatisme abdominal ; fracture fermée du fémur gauche ; hématurie. UIV négative. -Au bout de 24 heures, le malade est réveillé ; le ventre se défend dans son ensemble et le T.R. est douloureux.

- LAPAROTOMIE MEDIANE A CHEVAL le 14 octobre 1975 après une ponction-lavage positive. L'exploration de toute la cavité abdominale ne montre que des déchirures incomplètes de la paroi antérieure du coecum avec rupture d'une bandelette. Fermeture sur une lame de drainage. .

Dans les suites, ballonnement persistant malgré une reprise du transit au 5ème et 6ème jour. Vomissements à l'ablation de la sonde gastrique au 6ème jour. Le 20 octobre, le ventre reste douloureux ainsi que le T.R. ; la température est à 38°. Il existe des niveaux indiscutables sur l'ASP.

- REPRISE le 21 octobre (7ème jour). Les anses grêle sont trouvées très dilatées, légèrement accolées les unes aux autres, avec un épanchement de liquide assez limpide, peu abondant. Le grêle terminal est moins dilaté que le grêle initial, quant au colon, il est de volume normal. Pas d'autre lésion. Lavage-drainage.

Suites simples. Ostéosynthèse fémorale.

La marche est indolore au mois de mars 1976.

Plus de un an après, reprise en mars 1977 pour cure d'une éventration médiane et ablation du matériel fémoral. Suites simples.

Donc : traumatisme abdominal avec rupture de bandelette colique. Au 7ème jour, épanchement péritonéal avec accolement débutant des anses grêles interprété comme une PERITONITE LARVEE prise au début. Guérison avec éventration, corrigée par la suite.

OBSERVATION N° 24 MAI. Eugène, 37 ans Pavillon A 1975 n° 314

Tuberculeux en traitement (Rimifon, Rifadine) et en état d'imprégnation éthylique qui fait une chute de 1,5 mètres : fractures multicostales + hémopneumothorax drainé dans une ville au Nord de Lyon.

Le lendemain, syndrome péritonéal. Transfert à Lyon.

- LAPAROTOMIE SUS-OMBILICALE le 4 octobre 1975 : présence de liquide un peu louche dans la cavité abdominale. Il existe une zone nécrotique vert de gris sur le grêle proximal dilaté. Résection, anastomose de 25 cm de grêle. Drainage multiple. Fermeture en 1 plan à points totaux.

Dans les suites, l'abdomen reste météorisé, tendu, douloureux. Aspect de nécrose pariétale avec désunion de la suture : éviscération.

- REPRISE le 9 octobre 1975 (5ème jour) : péritonite par lâchage de la suture associée à deux perforations en aval. Résection de 1 m de grêle, anastomose termino-terminale à 25 cm de la jonction iléo-coecale. Jéjunostomie haute sur une sonde de Pezzer.

Suites : trachéotomie et ventilation assistée. Reprise du transit au 2ème jour. Le 13 octobre, la paroi a un aspect putride et du pus s'écoule par les drains ; du liquide entérique coule autour de la sonde de jéjunostomie.

- REPRISE le 15 octobre 1975 : on trouve du pus fétide dans tout l'abdomen. La suture est totalement déhiscente et la jéjunostomie a déchiré tout le long du grêle. Les deux bouts de l'anse sont extériorisés à la peau. Au niveau de l'ancienne suture déhiscente : le bout distal est abouché en sus-pubien tandis que le bout proximal est traité comme une iléostomie dans la fosse iliaque droite. Drainage multiple.

Malgré le traitement antibiotique majeur, la température reste à plus de 38°. Installation d'une insuffisance rénale aiguë. Au 3ème jour, arrêt cardiaque irrécupérable.

Donc : péritonite post-opératoire par LACHAGE DE SUTURE DU GRELE, post-traumatique EN MILIEU SEPTIQUE ; récidive par entérite nécrosante. Décès par défaillance de l'état général chez un sujet taré.

OBSERVATION N° 25 TCH. Yvonne, 32 ans Pavillon A 1975 n° 257

- CESARIENNE pour un premier enfant dans une clinique lyonnaise le 6 octobre 1975. Difficulté d'hémostase. Ligature du pédicule lombo-ovarien gauche.

- REPRISE de l'incision de Pfannenstiel le jour même pour hémopéritoine. Les deux extrémités de l'hystérorraphie saignent ; réfection de celle-ci, de plus, hémorragie pédiculaire gauche : ligature appuyée.

Le lendemain, fucée gazeuse aux deux extrémités de l'incision. L'état général s'est aggravé avec subictère et choc septique. L'abdomen est très douloureux. On pose le diagnostic de cellulite gangréneuse de la paroi probablement entretenue par une phisométrie sous-jacente.

- REPRISE de l'incision de Pfannenstiel au Pavillon A le 8 octobre 1975. Il s'en écoule une grande quantité de liquide sanieux malodorant. On accouche l'utérus dont la moitié gauche est en voie de sphacèle, mou, inerte, tandis que l'annexe gauche est totalement sphacélée. Hystérectomie de nécessité avec conservation des annexes droites. Péritonisation impossible. Drainage irrigation à la Bétadine. Rapprochement des berges laissant la peau ouverte.

Oxygénothérapie hyperbare immédiate et traitement antibiotique : Pénicilline (10 Millions d'Unités).

Reprise du transit au 4ème jour ; fièvre prolongée pour des problèmes respiratoires (pneumothorax drainé) ; cicatrisation spontanée obtenue le 20 novembre 1975. Petite éventration séquellaire à la partie moyenne de l'incision admettant la pointe du doigt, sans indication chirurgicale.

Donc : PERITONITE APRES CESARIENNE due à une NECROSE DE L'ANNEXE GAUCHE après double ligature vasculaire. Cellulite gangréneuse de paroi associée. Guérison grâce à une reprise rapide (2ème jour) avec mise à plat complète des lésions.

OBSERVATION N° 26 VER. Auguste, 74 ans Pavillon F Soins Intensifs 1975
n° 212 65

Antécédents d'hypertension artérielle. A la suite de deux épisodes de rétention aiguë d'urines par adénome prostatique, le malade est opéré dans un service d'urologie de Lyon :

- le 11 septembre 1975 : opération de Millin + urétérotomie pour ablation d'un calcul justa-vésical. Intervention très hémorragique.

- REPRISE le 21 septembre pour méchage de la loge prostatique au 10ème jour, après hémorragie par la sonde vésicale. Nécessité d'une transfusion massive (24 flacons) pour juguler le collapsus qui dure 8 heures. L'insuffisance rénale aiguë qui en résulte motive le transfert dans le service de réanimation rénale du Professeur TRACIER.

Le 24 septembre, l'hémorragie de la loge prostatique persiste peu abondante. Epuration extra-rénale. Le 7 octobre, œelena + hématémèse par ulcère de stress confirmé à la gastroscopie. L'hémorragie persiste. Malgré 8 ballons de sang, la tension artérielle tombe à 8. Le méchage de la loge prostatique est surinfecté et répand une odeur effroyable ; le malade a fait déjà plusieurs chocs septiques ; l'abdomen distendu contient du liquide comme le montre la matité des flancs.

- COELIOTOMIE SUS-OMBILICALE le 7 octobre au Pavillon A : on évacue près de un litre de liquide sanglant contenant de gros caillots dans la région pelvienne ; il existe une déchirure du péritoine pariétal au fond du Douglas. Après nettoyage, on réalise une vagotomie tronculaire + pyloroplastie. Drainage multiple. Points totaux de bronze.

Dans les suites, persistance de l'anurie. Décès par choc septique au 3ème jour post-opératoire (hémocultures et péritoine : Klebsiella Pneumoniae).

Donc : péritonite après prostatectomie par HEMOPÉRITOINE INFECTÉ.
Diagnostic tardif après deux semaines d'évolution car l'insuffisance rénale a été attribuée au seul collapsus.
Décès malgré la reprise.

OBSERVATION N° 27 FAU. Angèle, 80 ans Pavillon P Soins Intensifs 1975
n° 21261

Antécédents : hystérectomie pour fibrome en 1957. Hospitalisée dans une clinique lyonnaise le 24 septembre 1975 pour un syndrome douloureux abdominal avec défense de la fosse iliaque gauche ; TR très douloureux, associé à un syndrome septicémique (39°6 ; 20 000 Globules Blancs), avec, au bout de 24 heures, un tableau d'hémolyse ; oligoanurie, urines porto, ictère.

- LAPAROTOMIE MÉDIANE SOUS-OMBILICALE le 25 septembre 1975 : le péritoine contient du liquide louche, il existe un abcès mésosigmoïdien perforé. Evacuation, lavage, drainage par un drain caoutchouc + un Redon. Anus transverse gauche.

La malade est transférée dans le service de néphrologie pour épuration extra-rénale. L'état général s'aggrave avec choc septique, cyanose périphérique, omphalite et désorientation temporo-spatiale. Le 28 septembre, l'abdomen est tendu ; petit moelena par l'anus. Le 30, le ventre est devenu très sensible, l'ictère est intense, la diurèse nulle, l'état de conscience profondément altéré. Décision de reprise. L'ablation du drain donne issue à une quantité importante de pus très fétide.

- COELIOTOMIE ITERATIVE au Pavillon A le 30 septembre 1975. Il existe une collection de pus et surtout de caillots sanguins qui occupent le pelvis. La cavité de l'abcès a dû saigner lors d'une séance d'épuration. On réalise une sigmoïdectomie. Fermeture du bout inférieur. Mise à la peau du bout colique dans la fosse iliaque gauche. L'anus transverse est laissé en place. Drainage multiple. Le liquide péritonéal contient, entre autres germes, du *Welchia Perfringens*.

Dans les suites, persistance d'un état de choc avec vasoconstriction périphérique. Anurie, poursuite de l'épuration extra-rénale. Trachéotomie. Coma de plus en plus profond. Décès au 4ème jour post-opératoire.

Donc : péritonite après ABCÈS SIGMOÏDIEN INSUFFISAMMENT DRAINÉ. Hémopéritoine surajouté lors d'une séance d'épuration extrarénale. Grand âge et mauvais état général de la malade. Décès.

OBSERVATION N° 28 COU. Juliette, 68 ans Pavillon A 1975 n° 322

Malade opérée en urgence le 6 septembre 1975 pour occlusion du grêle.

- LAPAROTOMIE MÉDIANE SOUS-OMBILICALE : entéropathie nécrosante intéressant le coecum avec une zone suspecte à la partie moyenne du jéjunum. Extériorisation du coecum sur baguette et réintégration du grêle chez une personne obèse ; paroi en deux plans, fils de bronze.

Le 8 septembre, le ballonnement abdominal est très important. Toute la face antérieure du coecum extériorisé est sphacélée; on la résèque. On peut alors réaliser une intubation trans-coeco-valvulaire de la partie terminale du grêle qui ramène une grande quantité de gaz et 500 CC d'un liquide franchement purulent ; le même liquide s'écoule par l'anus.

Le 10 septembre, la malade se choque dès qu'on arrête les perfusions d'Isuprel. Une ponction du flanc gauche ramène un liquide très fétide.

- OUVERTURE ITERATIVE DE LA MÉDIANE le 10 septembre : un peu de liquide non fétide dans le péritoine. On ne trouve aucune perforation. Régularisation de lambeaux épiploïques sphacéliques. Fermeture sur un drain multitubulaire. Cette exploration ne résout pas le problème des chocs septiques itératifs.

Dans les suites, chocs répétés, ictère de plus en plus foncé. Le 16 septembre écoulement d'un liquide d'odeur infecte par le drain gauche.

- LAPAROTOMIE ITERATIVE le 16 septembre 1975 : il existe une péritonite putride de tout l'étage inférieur de l'abdomen sans cause apparente. Il n'y a aucune perforation, simplement une vaste purulence commune à la paroi et à la séreuse péritonéale. Il n'y a pas de collection sur-mésocolique ; la vésicule est normale. Gros foie septicémique. Lavages soigneux à la Bétadine. Drainage multiple avec système d'irrigation. Pronostic désespéré chez cette obèse ; décès rapide.

Donc : PERITONITE PUTRIDE APRES ENTEROPATHIE NECROSANTE INTERESSANT LE COECUM extériorisé. Mauvais terrain. Décès.
Aucune fuite digestive ni cause locale n'a été trouvée.

OBSERVATION N° 29 DER. François, 21 ans Pavillon 2 1975 n° 253

Polytraumatisme de la route le 20 aout 1975 : fracture ouverte du fémur gauche, fracture de jambe gauche, fracture ouverte du coude gauche ; traumatisme thoracique, fractures multicostales et hémithorax gauche ; traumatisme abdominal avec signes d'hémopéritoine.

- LAPAROTOMIE en urgence le 20 aout : splénectomie pour rupture de rate. Dans les suites, insuffisance rénale à diurèse conservée, et gangrène gazeuse de la cuisse gauche. Mise à plat le 25 aout 1975. Amélioration locale sous Pénicilline et oxygénothérapie hyperbare. L'état général est bon, le malade conscient, sans ictère, et la radiographie pulmonaire normalisée le 26 aout.

A partir du 26 aout, hyperthermie (39°7) ; hématomèse le 31 aout avec ulcère duodénal à la gastroscopie, nécessitant une transfusion de sang. Le 8 septembre, dyspnée intense, ventre ballonné où l'on sent une collection volumineuse sous-costale gauche donnant le signe du flot. La cuisse est en voie d'évolution favorable.

- COELIOTOMIE ITERATIVE le 8 septembre : énorme collection occupant l'arrière cavité des épiploons (2 litres) d'origine pancréatique. Ablation de séquestres de la queue du pancréas. Dans l'étage sous-mésocolique, découverte d'une occlusion par strangulation de la deuxième anse grêle, libérée. L'hémostase est correcte dans la loge splénique. Drainage multiple. Suspension présternale pour améliorer la ventilation respiratoire.

Le malade refait de grandes décharges septiques les 13 et 14 septembre avec écoulement de pus grisâtre par les drains.

- LAPAROTOMIE ITERATIVE le 15 septembre : évacuation d'une quantité considérable d'un liquide de type ascitique, légèrement sanglant, qui occupe la grande cavité péritonéale et le Douglas. Drainage-irrigation.

Dans les suites, trachéotomie, puis ligature de l'artère fémorale profonde gauche pour ulcération le 1er octobre 1975. Fixateur externe de cuisse gauche le 7 octobre 1975.

Amélioration progressive de l'état de conscience, puis fistule pancréatique du flanc gauche (30 CC) le 21 octobre.

Guérison finale malgré une hernie hiatale avec oesophagite.

Donc : pseudokyste pancréatique rompu chez un polytraumatisé splénectomisé. PERITONITE SECONDAIRE (CLOSTRIDIUM E. COLI PROTEUS) DANS LE CADRE D'UNE SEPTICEMIE DONT LE POINT DE DEPART EST UNE GANGRENE GAZEUSE DE CUISSE.
Reprise rapide. Guérison.

OBSERVATION N° 30 FRE. Janine, 42 ans Pavillon A 1975 n° 240

Antécédents de coliques néphrétiques et ablation d'un calcul du rein droit. Kyste de l'ovaire droit connu. Syndrome abdominal aigu le 2 septembre 1975 : torsion du kyste de l'ovaire droit.

- LAPAROTOMIE MÉDIANE SOUS-OMBILICALE en urgence : le kyste de l'ovaire droit est rompu dans le péritoine (liquide glaireux) et l'annexe qui le porte est tordue sur elle-même, sphacélée, noire. Annexeomie. Péritonisation. Fermeture en trois plans.

Le soir de l'intervention, chute tensionnelle à 7 et malaise : attribué à une embolie pulmonaire précoce probable (E.C.G.). Le lendemain, la tension artérielle est à 7, le faciès grisâtre, la température à 37°5. Le ventre est douloureux ainsi que le toucher vaginal. Du pus apparaît entre les points de la médiane. La malade est anurique.

- COELIOTOMIE ITERATIVE le 3 septembre 1975 (36ème heure). Il existe une grande quantité de pus dans la paroi et le liquide sanieux provient directement de l'espace de Retzius largement décollé. A l'ouverture du péritoine : collection suppurée de pus liquide surprenant par son abondance qui occupe le pelvis, et la fosse iliaque droite, remonte dans la gouttière pariéto-colique droite jusque dans l'hypochondre droit et même la région inter-hépto-diaphragmatique. La péritonisation du sommet du ligament large a lâché, point de départ probable de l'inoculation péritonéale, car il n'existe aucune autre lésion. Lavage à la Bétadine. Drainage multiple. Fermeture lâche à points totaux.

Peu après l'intervention, le choc se stabilise et la diurèse reprend. Les drains sont enlevés au 7ème jour. Le transit reprend le 20 septembre. Une température subfébrile persiste près de 1 mois avec épanchement pleural gauche. Finalement, guérison avec comme séquelle une éventration post-opératoire.

Donc : PERITONITE POST-OPÉRATOIRE SURAIGUE par lâchage de péritonisation après annexeomie pour nécrose de la trompe.
Diagnostic et réintervention immédiats. Guérison.

OBSERVATION N° 31

M.I. Gilbert, 27 ans

Pavillon A Réanimation
n° 8641

1975

Polytraumatisé présentant des fractures de côtes droites, une fracture comminutive de l'humérus gauche, une luxation instable du genou droit, un abdomen suspect avec signes de choc. Intervention en urgence le 14 aout 1975 :

- LAPAROTOMIE MEDIANE : hémopéritoine de un litre. Plaies du foie suturées. Rupture de rate : splénectomie. Drainage par un drain et une tuile de chaque côté. Drain de Monod thoracique.

Suites fébriles avec température à 40° et choc septique le 3ème jour. Baisse de la diurèse à 350 CC au 5ème jour. Les drains ne donnent rien et la suture a bel aspect. Au 6ème jour, du pus coule des drains et en ouvrant la peau, on découvre une suppuration de paroi.

- COELIOTOMIE ITERATIVE le 20 aout 1975 : découverte d'une grande quantité de pus visqueux occupant tout l'étage sus-mésocolique. Après nettoyage soigneux et lavage à la Bétadine, installation d'un drainage multiple avec irrigation. Paroi en monoplan total au fil de bronze.

Dans les suites, le malade devra subir des épurations extra-rénales pour hyperkaliémie (5,3 mEq/ l). Des lavages irrigations du péritoine à la Bétadine sont associés au traitement antibiotique par voie générale. Guérison ultérieure.

Donc : PERITONITE PURULENTE APRES SPLENECTOMIE POST-TRAUMATIQUE.
Diagnostic rapide, reprise. Guérison.

OBSERVATION N° 32

COST. Maurice, 29 ans

Pavillon N Réanimation 1975
n° 40883

Malade sans antécédent, opéré pour appendicite traînant depuis 8 jours, dans une grande ville de la Loire.

- APPENDICECTOMIE le 7 juillet 1975 : appendice gangréné ; drainage par un drain de Penrose + une mèche. Reprise des gaz au 5ème jour ; ablation des drains au 7ème jour. Puis, tableau d'occlusion du grêle avec grosse masse du Douglas. Lavements chauds.

- RECTOTOMIE le 17 juillet 1975 : évacuation d'un gros hématome pelvien de sang nauséabond et noirâtre. Persistance de la fièvre et de l'occlusion.

- LAPAROTOMIE MÉDIANE SOUS-OMBILICALE le 20 juillet 1975 : libération du grêle complètement agglutiné. Découverte d'un abcès au niveau du coecum, un autre dans le flanc gauche. Opération de Childs. Un drain et une mèche dans le foyer appendiculaire. Likulicz dans le Douglas.

La température se normalise, mais l'abdomen reste tendu, douloureux. Sept jours après cette réintervention, apparition d'une anurie avec ictère et insuffisance hépatique. Le malade est transféré à Lyon pour épuration extra-rénale. L'occlusion persiste.

Le 29 juillet, l'aspiration gastrique donne 3 litres ; il existe une insuffisance respiratoire. La médiane est suppurée. Par le Mac Burney, s'écoule un liquide sanglant et digestif, par l'ancien orifice du Likulicz, du pus chocolat. Le ventre est très tendu et douloureux.

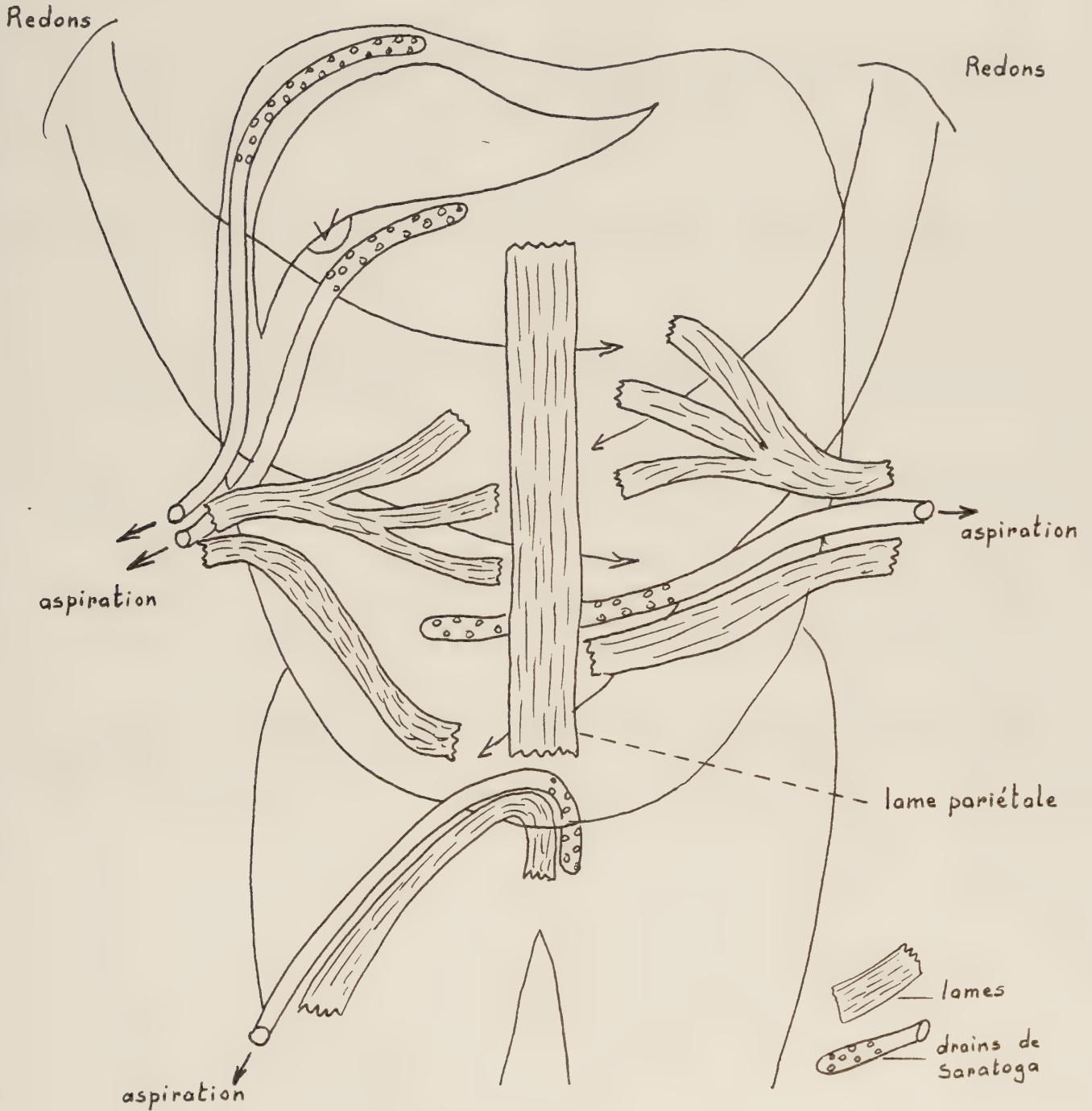
- REPRISE DE LA MÉDIANE le 29 juillet 1975 au Pavillon A. La paroi est nécrotique. On découvre plusieurs collections sanguines suppurées et malodorantes : dans les deux flancs, dans le Douglas, au dessus du foie. Il existe un cholécyste tendu préperforatif : cholécystectomie. Suppression du Childs qui a constitué deux zones occlusives au sommet des "C" au contact des abcès du flanc. Il existe une fistule coecale qui est exclue dans le Mac Burney. Drainage multiple avec système d'irrigation (schéma page 39).

Dans les suites, la diurèse reprend sous Lasilix, le transit démarre au 4ème-5ème jour ; le malade est apyrétique pendant 8 jours. Mais, une trachéotomie doit être faite pour mauvaise gazométrie. Reprise thermique au 8ème jour avec septicémie à *Serratia*. Décès par choc septique en acidose métabolique (pH = 7,19) au 10ème jour.

Donc : ABCÈS RÉSIDUELS MURILLÉS APRÈS APPENDICECTOMIE. Récidive malgré plusieurs reprises avec drainage insuffisant. Finalement, après un mois d'évolution, état septique généralisé avec insuffisance respiratoire irréversible.

Drainage abdominal multiple actif avec irrigation - drainage

Obs. N° 32

Dessin original P^e Neidhardt

OBSERVATION N° 33 MAG. Joël, 23 ans Pavillon A 1975 n° 200

Traumatisé de la route, hospitalisé dans une grande ville du Puy-de-Dôme.

- SPLENECTOMIE POST-TRAUMATIQUE A LA 12 HLE HEURE le 22 juillet 1975
On aurait constaté une contusion de la queue pancréatique.

Dans les suites immédiates, oedème aigu du poumon par surcharge puis anurie progressive en 24 heures. Transfert à Lyon dans le service de réanimation de Monsieur le Professeur LOTIN (Pavillon N Réanimation). Apparition d'une insuffisance respiratoire avec deux champs pulmonaires blancs à la radio. Emission par l'anus d'une diarrhée liquide teintée de bile. Epuration extra-rénale pour hyperhydratation.

24 heures après l'arrivée à Lyon, il existe un péritonisme manifeste. L'orifice de drainage de l'hypochondre gauche laisse écouler un liquide sanglant. L'abdomen est mat dans sa totalité.

- COELIOTOMIE ITERATIVE au Pavillon A le 24 juillet 1975. Il existe un hémopéritoine infecté de 300 CC, et dans la loge splénique des débris sphacéliques avec tâches de bougie ; la queue du pancréas est manifestement nécrosée. Exérèse de la queue pancréatique. Drainage multiple.

Dans les suites, installation d'un tableau d'insuffisance respiratoire progressive avec images pommelées dans les deux champs pulmonaires et image d'excavation récente. Chocs septiques. Décès au 17ème jour.

La nécropsie montre une hépatisation des deux poumons avec de petits abcès ; l'état de ces poumons était incompatible avec une fonction respiratoire suffisante. Au niveau abdominal, il n'existe pas de pus dans le péritoine, la pancréatite ne s'est pas étendue, les anses ont un aspect normal.

Donc : PÉRITONITE PAR HÉMO-PÉRITOINE INFECTÉ ASSOCIÉ À UNE PANCRÉATITE MAL DRAINÉE après splénectomie traumatique.
Diagnostic et traitement à la 48ème heure entraînant la guérison sur le plan abdominal. Décès par insuffisance respiratoire gravissime intercurrente.

Asthmatique ayant reçu des doses importantes de corticoïdes (état de mal pendant plusieurs mois), présentant une ostéoporose, et hospitalisée dans une ville de l'Ardèche pour sciatique. (traitement : Indocid, Synacthène). Le 4 juillet 1975, tableau abdominal douloureux évoluant depuis 36 heures avec croissant gazeux à l'ASP, émission de selles sanglantes, déshydratation. La malade est transférée à Lyon : l'opacification colique montre une fuite sigmoïdienne.

- LAPAROTOMIE EN URGENCE le 5 juillet 1975 : liquide louche fétide dans le péritoine. Il existe deux perforations du sigmoïde de 1,5 cm de diamètre. Leur extériorisation étant impossible, elles sont suturées et couvertes par une frange épiploïque. Anus transverse d'amont. Drainage multiple.

La malade est détubée en post-opératoire, elle est apyrétique pendant 48 heures ; le traitement au Synacthène est poursuivi. Au 2ème jour, hémorragie dans le pansement par l'orifice de drainage de la fosse iliaque droite.

- COELIOTOMIE ITERATIVE le 7 juillet 1975 : dès l'ouverture du péritoine, on évacue 300 CC de sang pur ; il existe un hématome sous-capsulaire modéré de la rate qui s'est rompu ; splénectomie. Au niveau du sigmoïde, deux nouvelles perforations en amont des précédentes dont les sutures sont correctes. Sigmoïdectomie. Anus iliaque gauche terminal fermé provisoirement sur un écraseur de DEBARTEL. Fermeture du moignon rectal. Drainage.

- REPRISE OPERATOIRE au 4ème jour pour phlegmon pariétal par nécrose au niveau de l'anus iliaque gauche.
Mise à plat et réfection.

Décès par choc septique le 12 juillet 1975 (5ème jour).

Donc : RECIDIVE DE PERFORATIONS SIGMOIDIENNES suturées sous traitement corticoïde. Diagnostic précoce à l'occasion d'une hémorragie. Malgré le traitement, décès au 5ème jour.

OBSERVATION N° 35

RID. Paul, 68 ans

Pavillon N Réanimation
n° 36632

1975

Antécédents d'infarctus du myocarde en 1961 et 1966. Ce malade présente un ulcère duodénal résistant au traitement médical et une vésicule exclue. Il est opéré dans une ville de l'Ain.

- INTERVENTION le 3 juillet 1975 par voie trans-rectale droite : cholécystectomie + gastrectomie des 2/3 ; Polya pré-colique. Drain de caoutchouc n° 20.

Le soir de l'intervention, collapsus et anurie ; le malade est transféré à Lyon au service de Réanimation. L'état de choc (tension artérielle = 5 cm Hg) va persister malgré le traitement médical. Au 2ème jour, on est frappé par une plage d'emphysème développée autour du trajet du drain de très petit calibre. Le ventre est souple mais très douloureux ; le drain donne du liquide clair un peu hémorragique. Ictère cutanéomuqueux.

- REPRISE OPERATOIRE le 5 juillet 1975 au Pavillon A. On défait l'incision pariétale : il existe du gaz dans le tissu sous-cutané ; les muscles ont un aspect grisâtre, chair de poisson, ne répondent pas à l'excitation. A l'ouverture du péritoine, évacuation d'un hémopéritoine infecté (entérocoque, protéus) de sang noir qui occupe la région sous-hépatique, la gouttière pariéto-colique droite et le Douglas. Toilette à l'Héxomédine, rapprochement après excision des berges par quelques gros points. Drainage large du foyer opératoire et du tissu cellulaire par une contre-incision du flanc.

Le malade qui présentait depuis le début de l'intervention des troubles sévères du rythme malgré une pile sentinelle, s'aggrave et décède quelques minutes après la fermeture de la paroi.

Donc : PHLEGMON GAZEUX DE LA PAROI ABDOMINALE PLUS HEMOPERITOINE INFECTE après gastrectomie. Diagnostic et traitement à la 48ème heure. Décès "in tabula" par défaillance cardiaque.

OBSERVATION N° 36

GEN. Jean-Louis, 19 ans

Pavillon A 1975 n° 270
Pavillon 2 Soins Intensifs
n° 20381

Crise d'appendicite aiguë survenant le 8 février 1975 après une première crise 8 jours avant. Intervention dans une clinique de Lyon.

- APPENDICECTOMIE en urgence le 8 février. Appendicite aiguë rétro-coecale ; un peu de liquide dans le péritoine ; fermeture sur une lame de drainage.

Suites fébriles à 40°. Le pansement sent mauvais.

- REPRISE AU 3EME JOUR par le même chirurgien par voie pararectale prolongeant le Mac Burney. Cellulite rétropéritonéale et myosite au niveau du psoas et de l'iliaque avec séquestres musculaires (pus à Ristella anaérobies). On extrait deux gros calculs stercoraux en position rétrocoecale sans qu'il existe de brèche coecale. Mise à plat et drainage.

Les suites de cette intervention sont mauvaises avec aggravation de l'état général et insuffisance rénale aiguë. Le malade est muté dans le service de réanimation néphrologique. Le 13 février, l'état du malade est impressionnant : dyspnée et battements des ailes du nez, crises d'agitation, vives douleurs abdominales. Le ventre est de bois et le pansement répand une odeur extrêmement fétide. Le flanc gauche est tendu et douloureux. Après une séance d'oxygénothérapie hyperbare :

- REPRISE PAR LAPAROTOMIE MEDIANE le 14 février au Pavillon A : dès l'incision du plan aponévrotique jaillit un pus blanchâtre fétide correspondant à une suppuration diffuse de la totalité du fascia propria. Le sac péritonéal flotte dans un vaste empyème. A l'ouverture du péritoine s'échappe un liquide grisâtre qui remplit toute la partie inférieure de la séreuse. Après nettoyage, l'exploration découvre de nombreux abcès sous-péritonéaux dans le champ latéro-mésentérique droit et derrière le colon droit où l'on trouve accolé à la face postérieure un morceau d'appendice, probablement moignon sous séreux un peu long. Toutes les logettes purulentes sont effondrées ; il n'y a pas de perforation viscérale. Toilette à la Bétadine. Drainage multiple avec contre-incision du flanc gauche. Irrigation péritonéale continue à la Bétadine.

L'oxygène hyperbare et le traitement antibiotique massif sont poursuivis. Divers incidents marquent les suites : choc septique le 19 février ; éviscération le 20 février ; pleurésie droite le 26 février qui s'enkyste obligeant à pratiquer une décortication pulmonaire le 19 mars ; l'apyrexie est obtenue le 27 mars. Le malade va encore faire un abcès sous-phrénique trans-diaphragmatique, évacué le 10 mai 1975, avant de guérir. Deux ans plus tard, en avril 1977, il va bien, la seule séquelle étant une cicatrice iliaque en creux.

Donc : PERITONITE APRES APPENDICECTOMIE avec cellulite rétropéritonéale anaérobie due à un MORCEAU D'APPENDICE RETROCOECAL LAISSE EN PLACE. Première reprise au 3ème jour inefficace ; deuxième reprise traitant la cause au 6ème jour. Guérison obtenue après diverses complications.

OBSERVATION n° 37

DEN. Marie, 77 ans

Pavillon A

1975

n° 9

Malade en bon état général aux antécédents d'appendicectomie, d'occlusion par volvulus, qui présente une bronchite chronique, un bloc de branche droit et une tension artérielle à 13. Hernie crurale gauche étranglée après une poussée de bronchite.

- INTERVENTION en urgence le 3 mars 1975 : cure de hernie crurale étranglée : réintégration de l'anse grêle herniée qui paraît viable.

Au 4ème jour, tableau de péritonite avec image radiologique d'occlusion.

- REINTERVENTION PAR LAPAROTOMIE MEDIANE le 6 mars 1975 : à l'ouverture du péritoine, importante issue de liquide louche. L'anse réintégrée est perforée. Résection de 20 cm de grêle. Anastomose en un plan. Mise à plat de la première cicatrice qui suppure (*Welchia perfringens*).

Dans les suites, température subfébrile à 38°5 ; reprise tardive du transit au 5ème jour. Au 11ème jour, la cicatrice coule avec suppuration de paroi. Au 13ème jour, excitus par embolie pulmonaire massive (confirmation à l'E.C.G.).

Donc : PERITONITE PAR PERFORATION D'UNE ANSE GRÊLE REINTEGRÉE étranglée dans une hernie crurale. Décès par embolie pulmonaire au 13ème jour.

Ancienne opérée de l'abdomen (entéroptexie de Noble), hospitalisée pour un tableau occlusif douloureux, à Lyon.

- LAPAROTOMIE MÉDIANE EN URGENCE le 5 mars 1975 : perforation d'une anse grêle au niveau d'un point pariétal. Il semble s'agir d'une perforation diastatique. Résection du grêle avec anastomose termino-terminale. Fermeture à points totaux de bronze.

Les suites sont troublées : pas de reprise nette du transit, stase prolongée au transit à la Gastrographine et dilatation gastrique aiguë. Apparition d'une fistule massive au niveau de la médiane et au niveau de l'orifice de drainage iliaque droit, au 7ème jour.

- REPRISE DE LA MÉDIANE au Pavillon A le 12 mars 1975 : lâchage de la moitié de l'anastomose qui siège sur le grêle moyen. Il est lié à la persistance d'un obstacle d'aval : adhérence ancienne de l'anse suivante à la paroi qui la coude complètement. Libération ; nouvelle résection du grêle ; anastomose termino-terminale en deux plans. Drainage multiple.

L'évolution se fera vers une défaillance progressive de l'état général et la mort.

Donc : péritonite par LACHAGE DE SUTURE DU GRÊLE après résection en milieu septique et persistance d'un obstacle d'aval. Décès malgré la reprise, dû au mauvais état général.

OBSERVATION N° 39

FCR. Albert, 60 ans

Pavillon N Réanimation 1975
n° 10066

Syndrome douloureux abdominal avec choc de survenue brutale après un gros repas. Le malade est opéré en urgence dans une ville de l'Allier.

- LAPAROTOMIE MÉDIANE le 5 avril 1975 : découverte d'une perforation colique sur diverticulose avec abcès fusant dans le mésocolonsigmoïde et épanchement puriforme inodore du Douglas. Extériorisation de 20 cm de colon malade par une incision de la fosse iliaque gauche. Toilette péritonéale. Drainage par deux drains de Redon.

Dès le lendemain de cette intervention, apparaissent des troubles de conscience, puis des chocs à répétition, et une anurie. Le malade est transféré à Lyon dans le service du Professeur MOTIN.

Au 3ème jour, le malade est comateux, en ventilation assistée. L'anurie est complète. La tension est maintenue à 14. Localement, il existe une éviscération du grêle qui fait issue à côté du colon extériorisé qui n'a pas été extra-péritonisé ; il s'écoule par la plaie un liquide d'odeur épouvantable qui évoque la persistance de la péritonite fécaloïde ; du gaz fétide s'échappe des bords de la médiane (*Welchia perfringens* + *E. Coli*). Tout l'abdomen est douloureux, mais le toucher rectal sans particularité.

- COELLIOTOMIE ITERATIVE au Pavillon A le 8 avril 1975 : il existe une myosite détruisant une grande partie des muscles grands droits. La cavité péritonéale est le siège d'un épanchement abondant, roussâtre, d'odeur fétide. L'aspect du grêle est rassurant : il est réintégré. Le colon descendant présente une portion sphacélique à l'intérieur de l'abdomen : après décollement, on refait l'extériorisation en la reportant plus haut, et en l'excluant de la cavité abdominale. Toilette à la Bétadine et drainages multiples.

L'état général s'est amélioré en fin d'intervention, mais le décès survient à la 24ème heure post-opératoire (hémocultures positives à *E. Coli*).

Donc : PÉRITONITE FÉCALOÏDE APRÈS EXTÉRIORISATION DU SIGMOÏDE PERFORÉ due à la propagation d'une gangrène gazeuse de paroi, à un drainage insuffisant, à un sphacèle du colon intra-péritonéal. Décès malgré la reprise, trop tardive.

OBSERVATION N° 40 CM. Claire, 31 ans Pavillon A 1975 n° 374

Un mois après un accouchement, cette jeune femme présente un tableau douloureux abdominal avec ictère. Le diagnostic porté est celui d'angiocholite et la malade opérée dans une ville de l'Ain :

- LAPAROTOMIE MEDIANE SUS-OMBILICALE le 14 mars 1975 : on trouve une vésicule d'apparence saine et une voie biliaire principale paraissant un peu dilatée. Il n'est pas fait de contrôle radiologique ; on met en place un drain de Kehr dans la voie biliaire principale (sur le contrôle, il s'avère être dans le canal cystique). La région appendiculaire est donnée comme saine. Drainage par deux Redons. L'un dans la fosse iliaque droite, l'autre sous-hépatique.

- REINTERVENTION 3 JOURS APRES PAR MAC BURNEY ; l'état général ne s'étant pas amélioré. On découvre un abcès appendiculaire. Drainage par une mèche et un Redon.

Les suites de cette deuxième intervention sont marquées par l'apparition d'une fistule coecale et la poursuite du tableau infectieux avec ictère évoluant comme une collection péritonéale avec des décharges septiques. La malade est transférée à Lyon, en anurie.

- REPRISE DE LA MEDIANE AGRANDIE en sous-ombilicale, au Pavillon A, le 10 avril 1975. les viscères abdominaux sont extrêmement collés à la paroi et entre eux. Le trajet fistuleux qui vient du coecum est mis à plat et extrapéritonisé dans le Mac Burney existant, réalisant une coecostomie. Il se prolongeait dans le Douglas qui est drainé par une lame et un drain aspiratif. Dans l'étage sus-mésocolique, on découvre un gros abcès odorant périsplénique (500 CC de pus), et une deuxième cavité purulente sous-hépatique qui sont évacués et drainés chacun par une lame et un drain aspiratif. Le drain de Kehr est conservé en vue d'une intervention ultérieure. Pas de biopsie hépatique en raison d'importants phénomènes hémorragiques. Fermeture à points totaux.

Dans les suites, l'anurie persiste ; le 13 avril, chocs septiques avec décharges bactériennes à répétition (Ristella anaérobies). Ventilation assistée. Décès le 16 avril au 3ème jour au cours d'un nouveau choc. L'autopsie montrera l'existence d'un abcès intra-hépatique (contenant un litre de pus) se drainant par voie veineuse dans les veines sus-hépatiques.

Interprétation des faits : PERITONITE APPENDICULAIRE PASSÉE INAPERÇUE lors d'une première intervention par voie sus-ombilicale, rapportée à sa cause lors d'une deuxième intervention, mais mal drainée. Evolution vers des abcès résiduels multiples du péritoine. Malgré la reprise et la mise à plat, décès par localisation purulente centro-hépatique à un stade dépassé.

OBSERVATION N° 41

SAL. Lucien, 65 ans

Pavillon P Soins Intensifs 1975
n° 20835

Syndrome appendiculaire aigu opéré dans une clinique de Lyon, chez un cardiaque (ischémie, lésion sous-endocardique postéro-latérale et galop) :

- APPENDICECTOMIE le 8 avril 1975 : appendice sphacélé ; péritonite appendiculaire.

- REPRISE AU 8EME JOUR (16 avril 1975) pour occlusion : colectomie droite avec anastomose iléo-transverse.

- REPRISE AU 13EME JOUR (21 avril 1975) pour péritonite : lâchage de la suture ; iléostomie terminale dans la fosse iliaque droite, le bout distal du colon étant fermé et laissé borgne dans l'abdomen. Installation d'un système d'irrigation péritonéale. Mutation dans le service de réanimation du Pavillon P soins intensifs.

Apparition rapide d'un phénomène de rétention du liquide de lavage. Le 22 avril, l'abdomen est plein de liquide, tendu, douloureux. L'état est toxique, le malade subictérique, la distension abdominale rend la respiration courte, superficielle et inefficace.

- COELIOTOMIE ITERATIVE médiane au Pavillon A le 22 avril 1975 : en libérant les anses grêle qui sont extrêmement accolées les unes aux autres avec un méso induré, épaissi, atteignant 2 cm par endroits ; on libère des collections qui contiennent un liquide d'odeur putride. La principale de ces collections qui est mêlée à une sorte d'hématome et à du liquide de lavage, occupe tout le flanc droit. Libération complète du grêle ; toilette à la Bétadine ; colostomie terminale dans la partie haute de la médiane. On respecte l'iléostomie précédente. Drainage multiple des deux gouttières pariéto-coliques et du Douglas. Irrigation péritonéale par deux Redons. Points totaux de bronze. Contensor.

Malgré les lavages péritonéaux abondants (24 litres par 24 heures) à la Bétadine, l'oxygène hyperbare précoce, l'antibiothérapie massive, la ventilation assistée et l'épuration extra-rénale, état d'omnubilation dès les 3ème et 4ème jours post-opératoires avec hémiparésie droite régressive. Reprise du transit au 4ème jour, puis moelénas rapportés à des ulcérations du collet d'une hernie hiatale. Le 3 mai, éviscération de la moitié inférieure de la médiane. Trachéotomie. Le 10 mai, hémorragie trachéale avec choc par ulcération de la face latérale gauche de la trachée. Le 14 mai, chocs bactériémiques avec incompetence myocardique. Décès le 17 mai (25ème jour post-opératoire) avec reprise des hémorragies digestives et bronchiques et arrêt de la diurèse.

Donc : PERITONITE APPENDICULAIRE COMPLIQUEE D'OCCLUSION au 8ème jour puis de LACHAGE DE SUTURE ILEO-TRANSVERSE au 13ème jour. Abscès résiduels multiples. Malgré la reprise, décès de complications hémorragiques au 25ème jour.

OBSERVATION N° 42 MAZ. Claudia, 71 ans Pavillon P Soins Intensifs 1975
n° 20862

Antécédents de syndrome néphrotique en 1974 : protéinurie persistante entre 1 et 3 g/litre. Syndrome abdominal aigu le 26 avril 1975 opéré en urgence dans une ville de l'Allier.

- LAPAROTOMIE MEDIANE SUS-OMBILICALE en urgence le 26 avril 1975. Découverte d'un infarctus iléo-mésentérique à la partie moyenne du grêle : résection de 50 cm. Anastomose termino-terminale. Hémorragie per-opératoire en nappe. Drainage du Douglas par un gros drain.

Insuffisance rénale aiguë post-opératoire motivant le transfert à Lyon au Pavillon P, Soins Intensifs.

Au 4ème jour, l'état général est bien conservé, mais l'urée monte plus rapidement que ne le voudrait la défaillance rénale. L'abdomen est ballonné, muet à l'auscultation. Il existe une défense de l'hypogastre et des flancs. La médiane laisse sourdre un liquide sanieux légèrement fétide. Surtout, lorsqu'on enlève le drain qui faisait bouchon, il s'écoule un pus fétide. Les touchers pelviens sont douloureux. Diagnostic de péritonite.

- INCISION ITERATIVE PROLONGEE VERS LE BAS au Pavillon A le 30 avril 1975. Souillure généralisée avec péritonite à fausses membranes allant du Douglas aux coupes diaphragmatiques. Il existe un lâchage d'anastomose avec un grêle avoisinant d'aspect nécrotique. Le passage en grêle sain amène à faire une résection d'environ les deux tiers de la longueur du grêle. Anastomose termino-terminale en un plan, de caractère précaire. Drainages multiples. Fermeture en un plan. Contensor.

Sous traitement antibiotique massif (Pyopen, Tobromycine, Flagyl), lavages péritonéaux, et épuration extra-rénale, les suites sont marquées par des hémorragies digestives graves aux 4ème-5ème jours (3 à 5 litres de sang / 24 h). L'insuffisance rénale aiguë s'aggrave. Ventilation assistée et coma de plus en plus profond. Décès au 12ème jour post-opératoire après aggravation des moelénas.

Donc : PERITONITE PAR LACHAGE D'ANASTOMOSE SUR INFARCTUS ILEO-MESENTERIQUE. Décès par hémorragies graves du stress au 12ème jour.

OBSERVATION N° 43 FOR. Joséphine, 69 ans Pavillon P Soins Intensifs 1975
n° 20887

Malade hypertendue à 19-20 cm Hg, opérée dans une ville de l'Isère pour lithiase vésiculaire.

- INTERVENTION PAR VOIE DE CHAMPEAU le 2 mai 1975 : CHOLECYSTECTOMIE (microcalculs vésiculaires) ; contrôle de la voie biliaire principale qui est normale. Hémorragie per-opératoire avec chute de l'hématocrite. Drainage trans-cystique. Tuile dans le lit vésiculaire.

Suites apyrétiques les deux premiers jours avec réanimation standard. Ablation de la tuile le 2ème jour. Au 3ème jour, encombrement pulmonaire important et élévation de l'azotémie à 1,35 g/litre. Le 4ème jour, la diurèse chute à 400 CC, l'azotémie est à 2,20 g/litre. La malade est transférée dans le service de réanimation du Professeur TRAEGER.

Le 6 mai, il existe une insuffisance rénale aiguë à diurèse conservée (1,6 l, urée : 1,66 g/l). Ventilation assistée pour insuffisance respiratoire avec atelectasie du lobe supérieur droit et pleurésie gauche. Le ventre est souple. Le 7 mai, le ventre est tendu et douloureux. On note des lividités des membres intermittentes, sans fièvre (37°5) avec tension artérielle à 10-12. Une ponction abdominale ramène du sang brunâtre. On évoque en premier le diagnostic de pancréatite hémorragique bien qu'il n'y ait aucun signe biologique de cette affection.

- REPRISE DE L'INCISION le 7 mai 1975 au Pavillon A : il est évident dès l'ouverture qu'il s'agit d'un cholépéritoine lié à une section du canal cystique par le fil de ligature. Epanchement bilieux péritonéal important, suppuré, avec des fausses membranes. On a la surprise de découvrir une entéropathie nécrosante, avec nécrose totale sur 8 cm de long à 30 cm de la valvule iléo-coecale et une tache nécrotique sur le grêle, 20 cm en amont de la lésion principale. Après fermeture du moignon cystique, on pratique une résection intestinale de 30 cm. Les tranches sont parfaitement vascularisées mais la muqueuse présente de larges plages de nécrose, d'aspect pseudo-membraneux. Fermeture de l'iléon à 10 cm de la valvule iléo-coecale, par un surjet enfoui par une bourse ; iléostomie terminale du bout supérieur dans la fosse iliaque droite. Drainage multiple. Paroi monoplan en fil de bronze.

Le lendemain, chute tensionnelle à 8 s'aggravant le 9 mai, malgré le remplissage massif. Apyrexie. L'urée monte à 2,60 g/litre. Décès par choc irréversible au 2ème jour post-opératoire.

Donc : CHOLEPERITOINE PAR LACHAGE DU MOIGNON CYSTIQUE après cholécystectomie, associé à une entéropathie nécrosante.
Forme d'insuffisance rénale précoce avant tout signe abdominal. Reprise après 5 jours d'évolution. Décès.

OBSERVATION N° 45

LAN. Roger, 54 ans

Pavillon N Réanimation 1975
n° 29002

Hypertendu présentant une tumeur sténosante du colon droit, opéré dans une grande ville de la Loire.

- LAPAROTOMIE MEDIANE A CHEVAL le 13 mai 1975 : tumeur en virole sur le colon transverse, post-angulaire droit, sans adénopathie -adénocarcinome orthoplasique-
Hémi-colectomie droite. Anastomose iléo-transverse en un plan. Drainage par un Redon.

Les suites immédiates paraissent favorables jusqu'au 7ème jour. Apparaissent alors des signes d'occlusion fébrile du grêle.

- REPRISE PAR LAPAROTOMIE SOUS-COSTALE DROITE le 21 mai 1975 : lâchage de la suture avec phénomènes nécrotiques sur les deux bouts intestinaux. Recoupe de quelques centimètres et anastomose termino-terminale en un plan. Drainage du Douglas et au contact.

Au bout de quelques jours, apparition de température, troubles du comportement, perception d'une crépitation au niveau de la cicatrice. Le malade est envoyé pour gangrène gazeuse pariétale, au Pavillon N Réanimation. Le 27 mai, on constate des phénomènes gangréneux au niveau de la sous-costale avec emphysème très discret, alors que la médiane a bon aspect. Le malade est inconscient et présente un choc septique majeur.

- REPRISE LE 27 MAI 1975 au Pavillon A : nécrose putride de tous les muscles de la paroi, y compris le transverse au niveau de la sous-costale (bactériologie : E. Coli + Entérocoque). Du liquide stercoral monte de la profondeur. Il s'agit d'un lâchage de suture itératif. Les deux extrémités intestinales sont fermées sur des sondes de Pezzer et mises à la peau, réalisant une iléostomie terminale et une colostomie transverse. Méchage de la plaie après excision des berges.

L'oxygène hyperbare et le traitement antibiotique massif sont poursuivis. Le 28 mai, reprise pour hémostase de paroi, nouvelle mise à plat, mise en place d'un Contensor. Les chocs septiques itératifs et le collapsus cardio-vasculaire progressif empêchent l'épuration extra-rénale (l'urémie atteint 4,2 g/l le 28 mai). Décès le 30 mai 1975 au 3ème jour post-opératoire.

Donc : PERITONITE STERCORALE PAR LACHAGE DE SUTURE APRES HEMICOLECTOMIE.
Lâchage de suture itératif après anastomose en milieu septique + gangrène de paroi. Malgré la reprise, décès en état septique anurique irréversible.

OBSERVATION N° 46 MAR. Charles, 55 ans Pavillon P Soins Intensifs 1975
n° 21038

Néoplasme de la vessie (carcinome infiltrant paramalpighien) opéré dans un service urologique d'une grande ville de l'Isère.

- INTERVENTION le 13 juin 1975 : cystectomie laissant en place le trigone et les uretères. Colocystoplastie. Sondes urétérales.

Suites immédiates favorables avec bonne diurèse. Au 2ème jour, frissons et chocs septiques accompagnés d'une chute de la diurèse. Persistance de l'état septique.

- REPRISE POUR EVISCERATION le 24 juin 1975 (11ème jour) : il existe une désunion du bord libre de l'anse sigmoïde enfouie. Arrêt cardiaque per-opératoire rattrapé. Syndrome de Mendelson nécessitant la ventilation assistée dans les suites, avec anurie motivant le transfert dans le service du Professeur TRAEGER.

Le malade présente des chocs septiques répétés, est anurique (épuration extra-rénale) et subictérique (bilirubine à 19 mg/l). Le flanc droit est douloureux. Par le Redon drainant, l'espace de Retzius s'écoule un mélange d'urines et de feces, identique à celui de la sonde vésicale. Le 30 juin, issue de matières fécales par la médiane.

- COELIOTOMIE ITERATIVE le 30 juin au Pavillon A : la paroi est totalement déhiscente ; il existe un urofécalo-péritoine important dont l'origine est un lâchage de la suture du colon sigmoïde au niveau de son bord mésentérique, la néovessie étant elle-même déhiscente à sa partie supérieure, ainsi que la suture colotrigonale en arrière. L'ensemble réalise un vaste cloaque. A la partie supérieure de l'abdomen, un flot de liquide bilieux mène sur une vésicule énorme, distendue en voie de gangrène. On réalise une urétérostomie cutanée bilatérale. Puis une colectomie gauche, avec fermeture du bout colique inférieur, et anus terminal sous-angulo-colique gauche. Enfin, une cholécystectomie. Drainages multiples, avec système d'irrigation péritonéale. La paroi est rapprochée par quelques points totaux et maintenue par un Contensor.

Poursuite des chocs septiques. Malgré une reprise du transit le 3ème jour, aggravation irréversible du choc et décès au 4ème jour.

Donc : UROFECALOPERITOINE APRES COLOCYSTOPLASTIE par lâchage de suture survenue dès le 2ème jour ; reprise au 11ème jour, mais mauvais drainage. Lâchage itératif des sutures, associé à une perforation de vésicule de choc. Reprise au 17ème jour dans un état désespéré. Décès.

OBSERVATION N° 47 TRON. Charles, 45 ans Pavillon A 1977 n° 734

Malade sans antécédent (hernie discale opérée), hospitalisé le 15 novembre 1976 dans une ville de Savoie pour sigmoïdite perforée :

- MAC BURNEY en urgence le 15 novembre 1976 : extériorisation du sigmoïde perforé. Suites favorables.

- UN MOIS APRES, le 16 décembre 1976, résection anastomose idéale, sans décharge d'amont.

- REINTERVENTION le 31 décembre pour érosion de l'épigastrique. Hémostase.

Dans les suites, lâchage de suture et constitution d'abcès du pelvis, du flanc gauche et de l'hypochondre gauche, au contact de l'angle colique, avec, en plus, fistule interne du grêle au niveau de l'anastomose colique.

- REPRISE le 8 janvier 1977 : traitement de la fistule interne du grêle par résection anastomose termino-terminale. Anus transverse de décharge. Drainage par une tuile dans la fosse iliaque gauche, au contact de l'anastomose, une tuile dans la région de l'angle gauche, et un Redon dans le Douglas.

Dans les suites, persistance de l'état fébrile, ictère, insuffisance rénale fonctionnelle. Ulcère duodénal aigu, hémorragique, avec hématémèses et moelenas extériorisés par l'anus sous-costal droit.

- MODIFICATION DES DRAINAGES le 18 janvier 1977 au Pavillon A : l'exploration de l'orifice de drainage de la fosse iliaque gauche conduit à un abcès pelvien à contenu en partie glaireux probablement en communication avec le sigmoïde. Cet abcès est aspiré. On installe un drainage aspiratif avec système de lavage continu à la Bétadine.

La défervescence est rapidement obtenue. Les drains sont changés au 3ème jour. Une fistulographie confirme la communication de la cavité de l'abcès pelvien avec le rectum.

Au bout d'un mois, on obtient l'assèchement et la fermeture des plaies du flanc gauche.

La fermeture de l'anus transverse est reportée à 6 mois, après contrôle par lavements opaques de l'évolution de la fistule colique.

Donc : ABCES MULTIPLES PAR LACHAGE DE SUTURE COLIQUE après résection anastomose sigmoïdienne idéale. Drainage insuffisant entraînant la persistance d'un abcès pelvien au 2ème mois. Guérison grâce à l'irrigation drainage continue.

OBSERVATION N° 48 CHA. Madeleine, 20 ans Pavillon A 1977 n° 713

Jeune femme enceinte de 6 mois, présentant un tableau douloureux abdominal avec arrêt des matières et des gaz, vomissements, température à 37°6, opérée dans une ville de l'Ain.

- LAPAROTOMIE EN URGENCE le 17 janvier 1977 : occlusion sur bride (ancienne appendicectomie). Entérotomie de vidange (1 litre). Fermeture sans drainage. Utérus non évacué.

Dans les suites, oligoanurie (moins de 300 ml/24 h) motivant le transfert à Lyon dans le service de réanimation, pavillon N Réanimation. Le fœtus est mort.

Au 4ème jour, le ventre est douloureux, intouchable. La cicatrice a un aspect nécrotique dans sa partie inférieure, et il semble exister un peu de gaz. L'utérus n'a pas été évacué par voie basse et l'anurie persiste. La ponction abdominale ramène un peu de liquide louche.

- REPRISE DE LA MEDIANE le 20 janvier 1977 au Pavillon A : à l'ouverture du péritoine, on évacue environ un litre de liquide purulent, très peu épais. L'entérotomie n'a pas lâché. On évacue l'utérus par césarienne sur le segment inférieur : le liquide amniotique est d'aspect normal, il n'y a aucun décollement placentaire. Après révision, on s'aperçoit que le fond utérin ne se contracte pas et présente une zone de vitalité douteuse : on se résout à une hystérectomie sub-totale. Le grêle a pris un aspect grisâtre pendant l'intervention (la tension artérielle n'a pas dépassé 6). Après avivement des bords de l'entérotomie de vidange, on découvre des lésions muqueuses caractéristiques d'entérocolite nécrosante. Résection des 2/3 environ du grêle. Double iléostomie terminale. Drainage multiple. Fermeture en un plan soutenu par des points totaux après excision des berges.

Les suites sont marquées par une reprise rapide de la diurèse et la défervescence sous traitement antibiotique (Pyopen, Gentalline). Malgré la fistule haute du grêle (3 litres/24 h au début), l'état général s'améliore progressivement avec l'alimentation à la nutripompe et la réinjection des chûtes de la jéjunostomie dans le bout inférieur iléal. Un écoulement purulent des flancs se tarit au 15ème jour. La cicatrisation est pratiquement obtenue le 15 mars.

- RETABLISSEMENT DE LA CONTINUITE le 16 mars 1977 : on repasse par la médiane, libère le grêle dont il reste 80 cm, et pratique une anastomose terminotermine.

Suites simples. Fin avril, après un séjour en maison de repos, la malade a une selle par jour et la paroi semble solide.

Donc ; PERITONITE PAR ENTERITE NECROSANTE SUBTOTALE DU GRELE après occlusion aiguë chez une femme enceinte. Guérison, grâce à la mise temporaire de l'intestin à la peau, au pris de la perte d'une partie du grêle et de l'utérus.

OBSERVATION N° 49 SAU. Guy, 52 ans Pavillon A 1977 n° 755

Antécédents : rhumatisme articulaire aigu avec souffle systolique d'insuffisance mitrale ; pneumothorax spontané. Ce malade est opéré dans une ville de l'Allier pour une tumeur coecale bénigne, début février 1977.

- INTERVENTION PAR VOIE PARA-RECTALE DROITE : hémicolectomie droite et anastomose iléo-transverse termino-terminale.

- REPRISE dans les suites, pour fistule anastomotique vers le 8ème jour. Pas de geste direct, simple drainage.

L'anurie et l'état septique progressif qui suit motivent le transfert dans le service de réanimation du Professeur MOTIN, aux environs du 20ème jour post-opératoire.

Le malade est choqué, tension artérielle à 4, en anurie, en acidose métabolique. Après quelques heures de réanimation intensive :

- COELIOTOMIE ITERATIVE le 27 février 1977 au Pavillon A : péritonite par lâchage pratiquement complet de l'anastomose iléo-transverse. On pratique une colostomie dans l'hypochondre gauche, après résection de 5 cm de colon transverse, et une iléostomie terminale dans la fosse iliaque gauche, après résection de 15 cm d'iléon. Drainage multiple après lavage de la cavité péritonéale à la Bétadine. Système d'irrigation continue. Rapprochements des berges à points totaux de bronze.

Suites favorables, apyrétiques, avec remontée progressive de l'état général, appareillage correct de l'iléostomie.

- SUTURE CUTANEE SECONDAIRE de l'incision du flanc droit, complètement bourgeonnée, le 10 mars 1977; sortie le 13 mars.

- RETABLISSEMENT DE LA CONTINUITE INTESTINALE par laparotomie médiane le 11 mai 1977. Entérolyse et anastomose termino-latérale sur le transverse.

Fistule extériorisée du flanc gauche dans les suites (0 à 250 CC/24 h). Traitement à l'acide lactique pendant 35 jours sans succès.

- CURE CHIRURGICALE DE LA FISTULE le 22 juin 1977 : reprise de la médiane, résection du trajet fistuleux qui conduit sur le cul de sac transverse. Fermeture en 3 plans. L'anastomose iléo-transverse est parfaite.

Suites simples. Guérison.

Donc : PERITONITE PAR LACHAGE DE SUTURE APRES HEMICOLECTOMIE DROITE. Malgré la reprise tardive au 20ème jour, dans un état catastrophique, guérison grâce à une double mise à la peau intestinale transitoire.

OBSERVATION N° 50 MOU. Augustin, 47 ans Pavillon A 1977 n° 723

Hernie inguinale droite étranglée opérée dans une ville de la Drôme.

- CURE DE HERNIE le 7 janvier 1977 selon Bassini avec réintégration d'une anse grêle herniée viable.

- REPRISE PAR MEDIANE SOUS-OMBILICALE au 8ème jour pour occlusion. Il existe simplement dans le tiers distal du grêle une zone de 20 cm d'accolements qui n'est pas libérée. Entérotomie de vidange, suturée à points séparés extra-muqueux. Paroi plan par plan sur un drain dans le Douglas.

Persistance de l'occlusion motivant le transfert à Lyon. Dilatation majeure du grêle sur les radiographies. La sonde gastrique ramène 4 litres par jour.

- COELIOTOMIE ITERATIVE le 25 janvier 1977 au Pavillon A : il existe une péritonite plastique avec peu de liquide, une dilatation majeure du grêle, une fuite de l'entérotomie de vidange. Réfection de celle-ci, vidange du grêle, entérolyse. Lavages et drainages multiples.

Etat sub-occlusif prolongé en post-opératoire avec insuffisance hépatique. Reprise du transit le 1er février 1977. Sortie au 13ème jour post-opératoire, avec un bon transit et une cicatrisation terminée.

Donc : PERITONITE PAR FUITE D'ENTEROTOMIE DE VIDANGE pratiquée pour occlusion mécanique. Guérison après traitement de la cause.

OBSERVATION N° 51 GIR. Marius, 50 ans Pavillon A Réanimation 1977
n° 10477

Accident de la circulation le 15 février 1977 sans traumatisme crânien, ni perte de connaissance. Le malade, hospitalisé dans une ville de la Loire, présente un volet thoracique droit avec fractures multicostales, un hémothorax qui est drainé, un traumatisme lombaire avec hématuries, un ventre péritonéal avec pneumopéritoine rapporté à une rupture de l'angle colique droit après laparoscopie en urgence.

- INTERVENTION IMMEDIATE PAR VOIE SOUS-COSTALE DROITE : colectomie segmentaire de l'angle droit avec suture termino-terminale. Suture d'une désinsertion diaphragmatique costale au bord droit de la coupole.

La ventilation assistée doit être maintenue dans les suites pour un problème de contusion pulmonaire. Oligoanurie (150 CC en 12 heures). L'état général s'aggrave, le malade est transféré à Lyon à la 24ème heure.

L'abdomen est tendu. Le drain abdominal aspiratif laissé en place ne ramène rien. Il existe un sub-ictère conjonctival et une anurie presque complète (100 CC en 24 heures). Le malade a fait trois chocs septiques et sa tension artérielle est à 9. La radiographie simple de l'abdomen montre que le drain thoracique droit passe sous la coupole diaphragmatique droite ; il ramène d'ailleurs un liquide fécaloïde. Une urographie et une cystographie sur table montrent l'ingégrité de l'arbre urinaire.

- LAPAROTOMIE MEDIANE le 17 février 1977 au Pavillon A. Il existe une péritonite avec liquide nauséabond surtout au niveau de la gouttière pariéto-colique droite. La suture colique est étanche, mais il existe en amont sur le grêle voisin deux zones nécrotiques qui ont la forme des pinces en coeur, à la limite de la perforation. Elles obligent à pratiquer deux résections cunéiformes. Au niveau du foie, il existe deux plaies de 3 cm, l'une au bord antérieur, l'autre sur le dôme du lobe droit ; une troisième plaie hémorragique de 5 cm de long et 2 cm de profondeur est située à la face inférieure du lobe droit, près de la ligne médiane ; ces plaies sont suturées au catgut.

Enfin, au niveau de la coupole diaphragmatique droite, une vaste plaie de 10 cm explique le passage anormal du drain : suture étanche par des points en X. On réalise plusieurs lavages de la cavité péritonéale et on installe un système de drainage multiple, abdominal et thoracique.

La paroi est fermée en un plan soutenu par des points totaux de bronze.

Dans les suites, l'anurie persiste avec des chocs septiques entraînant la mort à la 24ème heure post-opératoire.

Donc : exemple de VOIE D'ABORD TROP ETROITE pour une exploration correcte de l'abdomen en urgence. Les lésions méconnues associées au drainage incorrect sont responsables de la péritonite. Décès malgré la reprise rapide chez ce polytraumatisé grave.

OBSERVATION N° 52 BOE. Luc, 27 ans Pavillon A 1970 n° OP 10113

Accident de circulation le 24 novembre 1970 : traumatisme crânien sans perte de connaissance ; fracture fermée de la diaphyse fémorale gauche, mise en traction. Fracture du premier métacarpien droit. Le malade est suivi dans un service orthopédique. A la 48ème heure, le ventre est ballonné, avec arrêt des matières et des gaz.

- LAPAROTOMIE MEDIANE SOUS-OMBILICALE EXPLORATRICE le 26 novembre. Elle est blanche. Au cours de cette intervention, une appendicectomie sur appendice sain est pratiquée, mais non mentionnée dans le compte-rendu opératoire.

Dans les suites, persistance d'un tableau occlusif batard avec ascension thermique progressive. Au 8ème jour, l'abdomen est tendu, très douloureux au niveau de la fosse iliaque droite, le T.R. est douloureux. La température est à 39° et la sonde gastrique ramène 600 CC de liquide bilieux par 24 heures.

- COELIOTOMIE ITERATIVE le 5 décembre 1970 au Pavillon A. L'abdomen est entièrement cloisonné d'adhérences entre lesquelles se trouvent isolées des logettes à contenu gélatineux et purulent. Après libération du grêle, on trouve un abcès pelvien en rapport avec une déhiscence du moignon appendiculaire. Entérotomie de vidange. Plicature mésentérique selon Childs ; coecostomie sur le moignon appendiculaire. Drainage multiple.

Les suites de cette intervention sont simples, l'apyrexie obtenue le 9 décembre. Le malade sort cicatrisé, après consolidation fémorale le 13 janvier 1971. Il est revu 6 mois plus tard : il va très bien.

Donc : PERITONITE PAR LACHAGE DU MOIGNON APPENDICULAIRE après appendicectomie "oubliée" au cours d'une laparotomie exploratrice. Traitement de la cause après une semaine d'évolution. Guérison.

OBSERVATION N° 53 TUR. Jacques, 21 ans Pavillon N Réanimation 1973
n° R 1735

Militaire du contingent opéré d'appendicite pour un "syndrome grippal" dans une ville de la Drôme.

- APPENDICECTOMIE AVEC ENFOUISSEMENT le 28 janvier 1973 : l'appendice est gangréné ; on ne draine pas, mais on laisse une petite sonde pour instillation d'antibiotiques (Gentamycine).

Les suites sont simples pendant 3 jours avec reprise du transit et de l'alimentation au 2ème jour.

Le 5ème jour, choc avec hyperthermie et oligoanurie motivent le transfert à Lyon dans le service de réanimation du Professeur MOTIN.

Le malade se présente en état de choc septique avec vaso-constriction périphérique intense, cyanique, anurique, en acidose métabolique. Il est omnubilé (P2 P3) avec une mydriase bilatérale ; sa température est de 41°. Le ventre est diffusément douloureux, ainsi que le toucher rectal, les flancs sont mats, du liquide purulent s'écoule par le petit drain.

- COELIOTOMIE SOUS-OMBILICALE le 2 février 1973 au Pavillon A : il y a un épanchement de liquide clair avec fausses membranes dans tout le péritoine. Le pus est localisé à la fosse iliaque droite et au petit bassin. (entérocoques, E. Coli). Au niveau du fond coecal, la bourse d'enfouissement a lâché, libérant un abcès, tandis que le moignon lui-même est en bon état. Lavages, drainage multiple et fermeture au fil de bronze.

L'intervention n'a aucun effet sur l'évolution du syndrome toxi-infectieux qui persiste, malgré un traitement antibiotique massif. 48 heures plus tard, le malade décède au 3ème arrêt cardiaque. La diurèse n'a pas repris.

Donc : SYNDROME DU 5EME JOUR TYPIQUE APRES APPENDICECTOMIE accompagné d'une réaction toxi-infectieuse majeure, mortelle malgré la reprise rapide.

OBSERVATION N° 54 AITU., 28 ans Pavillon N Réanimation 1973 n° R1738

Malade d'origine turque, en France depuis 6 mois, opéré dans une ville de la Drôme, pour un syndrome douloureux abdominal, avec le diagnostic d'appendicite aiguë.

- APPENDICECTOMIE le 12 avril 1973. Appendice sain, en position rétro-coecale : l'intervention dont le protocole n'a pas été précisé semble avoir été longue et difficile.

Les suites sont compliquées d'un ictère fébrile (38°6) le 17 avril, avec vomissements bilieux. Le 20 avril, chute tensionnelle, le chiffre d'amylasurie étant élevé, le malade est traité comme une pancréatite aiguë. Le 21, insuffisance rénale aiguë et transfert à Lyon.

Le malade est conscient, anurique, ictérique, à 38°6. Il vomit avec des troubles ioniques. Il n'a jamais repris son transit. L'hypochondre droit est sensible. La radiographie abdominale montre des niveaux liquides et un croissant gazeux sous-diaphragmatique droit.

- LAPAROTOMIE MEDIANE le 25 avril 1973 en garde : péritonite avec un litre de pus franc dans le grand ventre. Il n'existe pas de perforation ni de fistule apparente. Le grêle est vidangé par ponction. Après lavages répétés, on laisse un méchage du Douglas qui saigne en nappe et un drainage sortant par l'incision de Mac Burney agrandie. (Nombreux germes dont un *Welchia Perfringens* hémolytique à la bactériologie). 48 heures plus tard, devant l'inefficacité de l'épuration extra-rénale, la gravité de l'état général (trachéotomie le 26 avril), l'état de la cicatrice médiane largement suppurée, le malade est repris avec le diagnostic de péritonite diffusante.

- LAPAROTOMIE ITERATIVE le 27 avril 1973 au Pavillon A : la paroi n'est qu'un vaste abcès, le ventre extraordinairement souillé, il existe, en effet, des collections multiples de pus crémeux entre les anses agglutinées, du pus fétide et grisâtre dans les deux hypochondres, les gouttières pariéto-coliques et le cul de sac de Douglas. On effondre l'arrière cavité des épiploons et là encore, on libère une collection suppurée de pus sale. Toilette péritonéale soigneuse qui n'arrive pas à enlever la totalité des fausses membranes. Reprise de la suture d'entérotomie qui est manifestement déhiscente. Fermeture en monoplan, après excision des berges, sur un dispositif de drainage multiple avec irrigation-lavage.

Dans les suites, le malade vomit un ascaris. L'état septique aboutit à une défaillance cardiaque irréductible avec décès au 4ème jour post-opératoire.

Donc : PERITONITE DIFFUSANTE APRES APPENDICECTOMIE. Récidive après une première reprise, par LACHAGE D'ENTEROTOMIE DE VIDANGE et drainage insuffisant. Décès.

OBSERVATION N° 55 SEU. Denise, 27 ans Pavillon A 1975 n° OP 25157

Malade aux antécédents de diabète et d'épilepsie, hospitalisée le 28 décembre 1974 à la suite d'une rixe ; elle présente des fractures de côtes multiples et une contusion abdominale. Au 2ème jour, tableau de choc hémorragique.

- LAPAROTOMIE EN URGENCE le 30 décembre 1974 : il s'agit d'une rupture de rate en deux temps. Splénectomie. Drainage de la loge par une lame et un drain aspiratif.

Suites simples pendant trois jours. Le 4 janvier 1975, vomissements. La pose d'une sonde gastrique ramène 3,5 litres de liquide verdâtre en 24 heures. Le 5 janvier, le transit n'a pas repris, la tension artérielle est basse (8-9); la diurèse est de 125 CC. La radiographie montre des niveaux liquides ; la réanimation parentérale est reprise. Le 6 janvier, ascension thermique à 40°, défense abdominale généralisée, T.V. douloureux, choc septique.

- COELIOTOMIE ITERATIVE le 6 janvier 1975 au Pavillon A : il existe dans le ventre une sérosité sanglante manifestement infectée avec de nombreuses fausses membranes sur les anses grêle qui sont très dilatées. Epanchement franchement purulent et hématique dans le Douglas, tandis que la loge splénique est remplie de nombreux caillots. Lavages répétés à la Bétadine. Drainage multiple.

Les suites sont d'abord fébriles, de nombreux débris purulents et fibreux s'éliminant par les drains lors des lavages irrigations, jusqu'au 24 janvier. Un traitement antibiotique massif est poursuivi par voie générale (Keflin 12 g + Gentamycine 160 mg). L'apyrexie est obtenue ainsi qu'un transit correct au 20ème jour. Epanchement de la base pleurale gauche. Au lever, le 7 février, émission vaginale de glaires purulentes semblant provenir d'une rétention utérine. Guérison définitive fin mars 1975.

Donc : PERITONITE SECONDAIRE APRES SPLENECTOMIE pour rupture de rate traumatique en deux temps, par hémopéritoine infecté. Diagnostic et traitement dans les 48 heures ; guérison.

OBSERVATION N° 56

BER. Albert, 59 ans

Pavillon N Réanimation 1977
n° 11795

Ethylique opéré d'un carcinome rectal dans une ville de l'Ain :

- AMPUTATION ABDOMINO-PERINEALE le 17 février 1977

Reprise lente du transit avec diarrhée profuse au 3ème jour. Perte de connaissance brutale au lever le 4ème jour post-opératoire. Choc avec tension artérielle à 7 qui se poursuit les jours suivants, sans fièvre. Le malade est transféré dans le service du Professeur MOTIN au 9ème jour post-opératoire.

Le choc est relativement bien compensé mais les marbrures périphériques sont évidentes. L'abdomen se défend dans son ensemble avec une douleur vive et une contracture dans la fosse iliaque droite. La colostomie fonctionne et donne des matières liquides ; la plaie périnéale encore méchée a bon aspect. Il existe un ictère conjonctival et des vomissements d'aspect fécaloïdes.

- COELIOTOMIE ITERATIVE le 26 février 1977 au Pavillon A, sur une médiane sous-ombilicale en parfait état. Dès l'ouverture du péritoine, issue d'une quantité invraisemblable de matières liquides : il s'agit d'un stercopéritoine total. La cause est un sphacèle de 7 cm du colon terminal dans le trajet intrapariétal qui a été fait en baïonnette dans un but d'extrapéritonisation. Le colon descendant est largement béant dans le péritoine. Une nouvelle colostomie est réalisée, 5 cm au dessus de la première sur un colon parfaitement vascularisé. Il existe une fusée purulente sous-cutanée au niveau de l'ancien trajet de colostomie, qui est débridée. Drainage multiple après nombreux lavages. Système d'irrigation lavage. Fermeture en un plan.

La péritonite reste évolutive avec deux nouveaux chocs septiques et un pincement de la diurèse, après une amélioration passagère.

- REPRISE le 1er mars 1977 : il existe entre chaque repli des anses grêles, entre les anses grêles et la paroi, dans le pelvis et sous les coupes diaphragmatiques, de véritables loges remplies de liquide purulent jaunâtre et fétide. Après toilette soigneuse, devant ce péritoine terriblement infecté, une paroi très douteuse, un intestin qui reconstitue en 48 heures des adhérences serrées, il est fait pour la première fois une tentative de fermeture différée de la paroi abdominale sous couvert d'un manchonnage en plastique inspiré de la technique de Repse pour les célosomies (cf page 165)

Ce dispositif laissant la paroi ouverte va permettre de pratiquer régulièrement de grands lavages abdominaux. Le 4 mars, la vésicule a mauvais aspect les quantités de pus entre les anses ont diminué. Le 8 mars, le malade est oligurique mais l'état général est stabilisé. Le 10 mars, on réalise une cholécystectomie pour nécrose ; il y a un très grand progrès dans le nettoyage des anses. Le 12 mars, le péritoine n'est pas encore propre, mais les anses ont un aspect très nettement meilleur : les grandes fausses membranes sont complètement détachées et le péristaltisme est de bonne qualité.

Malheureusement, le malade qui était sous épuration extra-rénale décède le 12 mars, après un épisode asphyxique.

Donc : PERITONITE STERCORALE PAR SPHACELE DE LA COLOSTOMIE APRES AMPUTATION ABDOMINO-PERINEALE.

Diagnostic tardif au 9ème jour ; décès malgré la reprise.

OBSERVATION N° 57 SAV. Marcelle, 67 ans Pavillon A 1977 n° 770

Malade présentant un tableau douloureux abdominal de survenue brutale avec météorisme important, vomissements, arrêt des matières et des gaz, sans signe radiologique.

- LAPAROTOMIE EN URGENCE le 12 mars 1977 à la garde. Il existe une péritonite biliaire (2 litres) avec pancréatite aiguë nécrotique atteignant l'ensemble de la glande et une tumeur de l'ovaire calcifiée. On pratique une cholécystostomie, un lavage abdominal ; on laisse en place un drainage dans les fosses iliaques (2 tubes) ; la paroi est fermée par des points totaux en U sur bourdonnets.

La malade est mutée dans un service de réanimation. Le syndrome infectieux s'aggrave avec survenue de chocs intenses. L'insuffisance rénale à diurèse conservée se transforme en anurie.

Au 4ème jour, on note un écoulement sanglant, brunâtre et malodorant par les drains ; la paroi des flancs est oedématisée ; la paroi est nécrosée entre chacun des points en U noués sur bourdonnets.

- REOUVERTURE DE LA MEDIANE le 16 mars 1977 au Pavillon A : il s'agit de lésions majeures avec une diffusion de la pancréatite dans toute la racine du mésentère mais également dans toute la graisse rétro-péritonéale des deux côtés. En plus, au niveau du sigmoïde existent des lésions extérieures caractéristiques de l'entérocolite nécrosante. On décide de pratiquer une pancréatectomie totale ; la reconstruction étant réalisée sur une anse en oméga. Drain de Kehr. Au niveau du colon, Hartmann avec fermeture du bout inférieur et anus terminal sous angulo-colique droit. La paroi est laissée ouverte (schéma page 66).

Le décès survient au bout de 24 heures.

Donc : PERITONITE AIGUE NECROSANTE COMPLIQUEE DE PERITONITE PAR ENTEROCOLITE.

L'abdomen a été mal drainé, la paroi nécrosée par des points en U, et l'origine du choc septique mal appréciée. Les chances de survie étaient nulles.

OBSERVATION N° 58 PETR. J. Louis, 25 ans Pavillon N Réanimation 1977
n° 24496

Accident de ski : traumatisme cervical avec fracture-luxation à déplacement important C5 C6 ; tétraplégie. Opéré dans une ville de la Haute-Savoie, le jour même (16 avril 1977) : réduction, immobilisation par cerclage postérieur, traction de Grushfield. En fin d'intervention, récupération de la motricité des membres supérieurs et de la sensibilité des membres inférieurs. Dans les suites, dilatation gastrique aiguë avec perforation :

- LAPAROTOMIE le 26 avril 1977 : suture simple d'un ulcère perforé du bord supérieur de D1, de deux centimètres de diamètre.

A la 24ème heure, hémorragie gastrique importante motivant le transfert dans le service du Professeur MOTIN.

Le 27 avril, le malade arrive à Lyon, intubé, ventilé en tétraplégie complète. La température est à 39°. La gastroscopie confirme l'ulcère peu hémorragique. Le 28 avril, la température est à 41°, l'hémorragie persiste, le ventre est péritonitique.

- COELIOTOMIE ITERATIVE le 28 avril 1977 au Pavillon A : la péritonite est diffuse par lâchage de la première suture duodénale. Il existe un deuxième ulcère duodénal hémorragique qui est aiguillé. Dragstedt, pyloroplastie. Drainage multiple. Fermeture en un plan total.

Dans les suites, persistance de l'état fébrile grave, anurie, choc septique. Le 3 mai, écoulement par les drains d'un liquide purulent et putride. La fistule est récente et évidente à l'épreuve du bleu de méthylène.

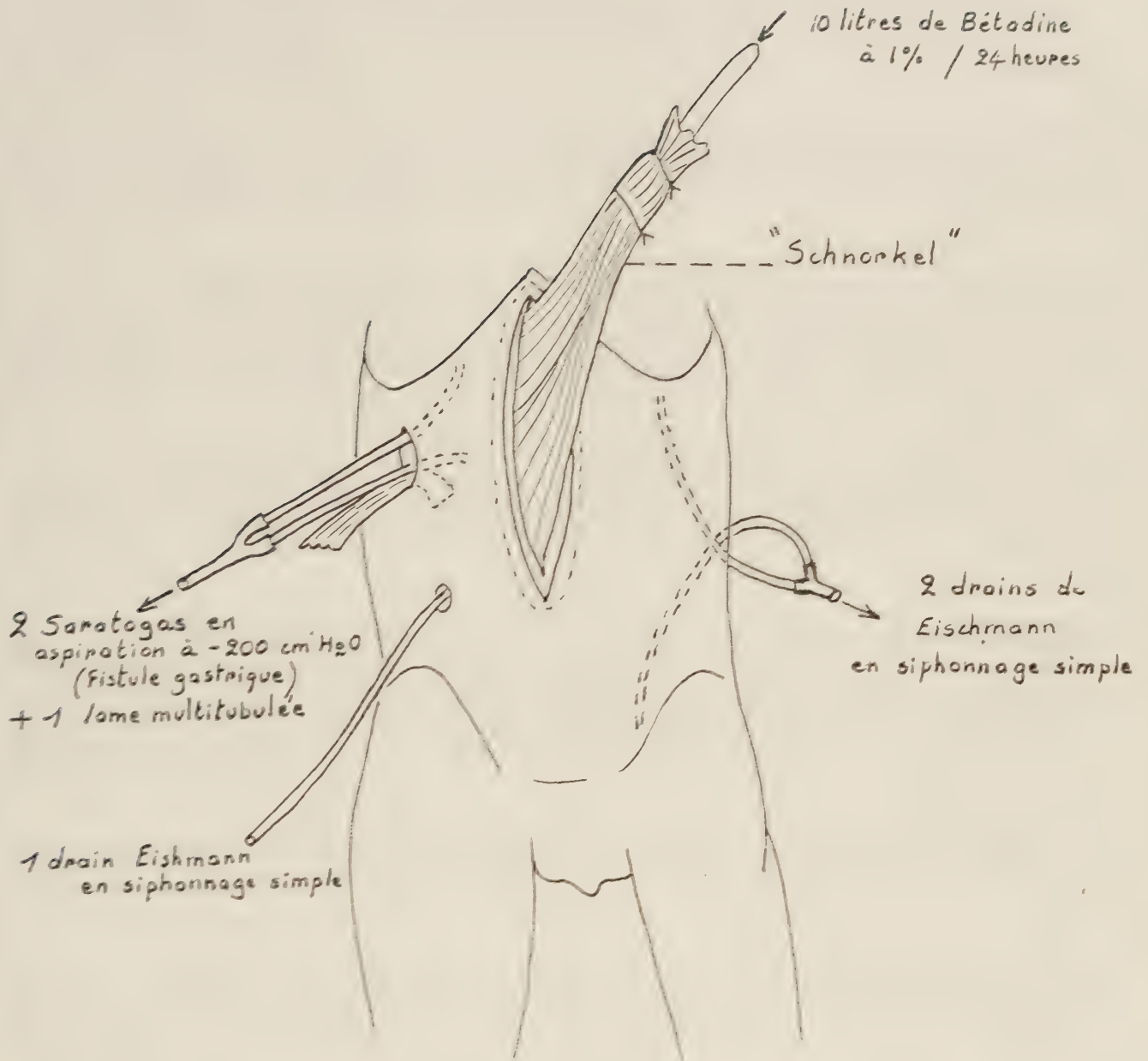
- COELIOTOMIE ITERATIVE le 3 mai 1977, d'une paroi suppurée : le grêle forme une masse cohérente encapuchonnée par l'épiploon rétracté et très modifié. Le reste de l'abdomen est envahi par un pus grumeleux et épais. La pyloroplastie précédente est déhiscente. Après toilette soigneuse, on laisse un drainage multiple et la paroi est laissée ouverte (schéma page 66)

Le 5 mai, petite reprise de la diurèse, mais le 7 mai, nouveau choc avec hématomérose par la sonde gastrique.

- REPRISE OPERATOIRE le 7 mai 1977 : le ventre est encore extrêmement souillé et l'on met à plat plusieurs logettes purulentes dans la région sous-phrénique gauche. L'hémorragie provient d'un petit saignement artériel au pôle supérieur de la rate. L'état du duodénum est tel qu'il est impossible de rétablir la continuité. On pratique une antrectomie avec anastomose jéjunale précolique. Le moignon duodénal est transformé en duodénostomie sur une sonde de Pezzer. Le dispositif à ventre ouvert est remis en place.

Le décès survient au 4ème jour (le 11 mai) par choc irréversible.

Donc : PERITONITE PAR LACHAGE DE SUTURE D'ULCERE DE STRESS PERFORE.
Récidive par lâchage de pyloroplastie pratiquée en pleine péritonite.
Décès par hémorragies du stress itératives.



Non fermeture du péritoine ("Schnorkel")

et drainage multiple

Obs N° 58

Dessin original

P^{re} Neidhardt

OBSERVATION N° 59 BER. Louis, 47 ans Pavillon A Réanimation 1977
n° 10492

Antécédents : plaie du grêle en 1960 lors d'un traumatisme abdominal; suites simples. Céphalées responsables d'un bilan neurologique avec découverte d'abcès intra-cérébraux, opérés 2 fois en neurochirurgie : le 29 mars 1977 (temporo-occipital droit) et le 18 avril 1977 (hémisphère cérébelleux gauche) ; il s'agit d'actinomycètes.

Dans les suites de la deuxième intervention neurochirurgicale, survenue le 24 avril d'une chute tensionnelle avec choc septique (38°8). Le 25 avril, le ventre est ballonné, douloureux. Le malade est muté au Pavillon A ; il est en occlusion avec ventre de péritonite.

- LAPAROTOMIE EXPLORATRICE le 26 avril 1977 : le ventre contient une ascite un peu infectée. On ne trouve pas de cause à cet état. On fait une entérotomie sur le grêle terminal d'aspect oedémateux, pour vérifier l'état de la muqueuse qui est normale. Fermeture de l'entérotomie à points séparés. Drainage par une lame multitubulée et un drain aspiratif.

Les suites sont favorables avec amélioration de l'état de conscience qui permet la détubation le 27 avril ; un écoulement sale par les drains se poursuit cependant jusqu'au 10 mai où survient une fuite biliaire extériorisée par le drain. Reprise immédiate avec suspicion de cholécystopathie non lithiasique.

- REPRISE DE LA MEDIANE le 10 mai 1977 : elle est largement déhiscente, réalisant une éviscération couverte. Il s'agit d'une ulcération de la grosseur d'une tête d'épingle au contact de la tuile, sans cholécystopathie. Mise en place d'une cholécystostomie passant par la brèche. Les anses grêle sont couvertes d'un enduit fibrineux. Nouveau drainage. Fermeture à points totaux de bronze - bas collé (Contensor).

Dans les suites, état de conscience stationnaire, puis infection bronchique majeure nécessitant la trachéotomie le 14 mai. Hémorragies digestives à partir du 14 mai, avec gastrite hémorragique à la gastroscopie.

- COELIOTOMIE ITERATIVE le 15 mai 1977 : toutes les anses grêle sont collées ; il existe de nombreux abcès entre les anses. On pratique une vagotomie tronculaire et une gastro-entéro-anastomose précolique, la pyloroplastie étant impossible, vu la fragilité du duodénum. Drainage multiple. Fermeture au bronze à points totaux.

- REPRISE le 16 mai pour hémorragie au niveau de l'anastomose.

Les suites sont marquées par une fistule digestive du flanc droit le 21 mai, duodénale communiquant avec la vésicule. La fermeture de la fistule est obtenue le 17 juin, en même temps que l'apyrexie. Ablation de la sonde de cholécystostomie et sevrage de la ventilation assistée. Sortie le 20 juin, guéri sur le plan abdominal, avec un tracé électroencéphalographique amélioré par rapport au départ.

Donc : PERITONITE BILIAIRE PAR ULCERATION VESICULAIRE sur un drain, 14 jours après une laparotomie pour péritonite chez un opéré du crâne. Réintervention immédiate. Guérison abdominale malgré deux reprises intercurrentes pour hémorragies du stress.

Opérée dans le Vaucluse avec diagnostic d'appendicite aiguë :

- INTERVENTION le 4 avril 1973 par Mac Burney : d'après le compte-rendu opératoire, il s'agit d'un kyste hématique de l'ovaire ; l'appendice est sain et laissé en place.

Reprise du transit au 2ème jour. Au 6ème jour, arrêt du transit associé à une hyperthermie avec altération de l'état général.

- REPRISE le 13 avril par Mac Burney agrandi : 500 CC de sang louche dans le ventre. Simple évacuation (entérobacter à la bactériologie).

Nouvelle aggravation de l'état général le 20 avril avec dyspnée intense.

- INCISION SOUS-COSTALE DROITE le 20 avril : évacuation d'un abcès sous-phrénique. Mise en place d'un drain dans le Douglas et d'un drain sous-hépatique. La malade est transférée à Lyon pour détresse respiratoire.

Le 21 avril, la température est à 40° ; la malade est pâle, polypnéique, cyanosée, choquée (tension artérielle à 7) ; gros râles et hépatisation de la base droite. Mise sous ventilation assistée, puis trachéotomie le 23 avril car les gaz du sang sont altérés. Le 24 avril, le ventre est souple, mais les germes isolés dans les drains sont de type fécal, ce qui ne va pas avec une histoire ovarienne. L'insuffisance respiratoire persiste avec épanchement pleural bilatéral. Apparition dans le drain du Douglas de liquide stercoral.

- COELIOTOMIE MEDIANE le 24 avril 1973 au Pavillon A : collection stercorale occupant la gouttière pariéto-colique droite et le Douglas. On retrouve un moignon appendiculaire lâché, transformé en coecostomie. Drainage abdominal multiple. Drainage thoracique.

Après cette intervention, la ventilation assistée doit être maintenue à cause de la détresse respiratoire (PO2 = 44 sous 14 litres d'O2). La température est de 41°7. Amélioration passagère puis aggravation du choc et décès au 2ème jour post-opératoire.

Donc : PERITONITE PAR LACHAGE DU MOIGNON APPENDICULAIRE après appendicectomie non mentionnée dans le compte-rendu opératoire.

Deux reprises inefficaces par des voies étroites sans exploration abdominale correcte aux 9ème et 16ème jours. Décès après trois semaines d'évolution de la péritonite malgré une reprise désespérée.

OBSERVATION N° 61 BAC. Christine, 18 ans Pavillon N Réanimation 1977
n° 26350

Accident de voiture survenu le 1er mai 1977 : hospitalisation dans une ville de Haute-Savoie. Contusion thoraco-abdominale, urines sanglantes au sondage, choc.

- LAPAROTOMIE EN URGENCE le 1er mai : sutures de plusieurs plaies du foie, prédominant sur le lobe droit ; suture d'une rupture intra-péritonéale du dôme vésical ; petite plaie du pédicule splénique ne nécessitant pas la splénectomie ; hématome du mésentère. Drainage multiple. Pas de cystostomie.

Les suites sont marquées par un état de choc persistant et une ascension progressive de l'urémie à 2 g/l malgré une diurèse conservée. La malade est transférée dans le service du Professeur MOTIN au 7ème jour en ventilation assistée ; l'abdomen est souple, mais il existe un placard inflammatoire du flanc droit. Le 10 mai, la détubation est possible, la malade est apyrétique. Le 11 mai, aggravation de l'état respiratoire, température à 39°, ballonnement abdominal, diarrhée. Les drains sont bouchés. Le 12 mai, la cicatrice s'ouvre à sa partie supérieure et laisse écouler un liquide séro-sanglant.

- COELIOTOMIE ITERATIVE le 12 mai au Pavillon A. L'éviscération intéresse toute la hauteur de l'incision. Abondant liquide sérosanglant dans le péritoine (E. Coli) et quelques fausses membranes sur le grêle supérieur. Les sutures du foie sont correctes. L'épanchement est surtout important dans le pelvis où on constate la déhiscence de la suture vésicale. La plaie vésicale est réparée puis extrapéritonisée dans l'espace de Retzius. Mise en place d'une cystostomie sur sonde de Folley. Fermeture pariétale laissant la peau ouverte et drainage multiple.

L'apyrexie suit rapidement cette intervention et le sevrage de ventilation assistée a lieu rapidement. Le 19 mai, les drains vésicaux se bouchent avec fuite urinaire massive autour de la cystostomie.

- REPRISE OPERATOIRE le 19 mai : il s'agit d'un caillotage vésical par cystite hémorragique. Cathétérisation des deux uretères dérivés à la peau. Réfection de la cystostomie. L'urine est restée cloisonnée en sous-péritonéal.

L'évolution locale est simple malgré une infection urinaire prolongée. Ablation des drains urétéraux le 29 mai. Ablation de la sonde de cystostomie le 25 juin. Sortie de la malade le 27 juin après arrêt des antibiotiques. Un subictère survient vers le 15 juin, en rapport avec une hépatite post-transfusionnelle.

Donc : PERITONITE URINAIRE PAR LACHAGE DE SUTURE VESICALE en absence de cystostomie. Reprise opératoire avec traitement de la cause et drainage multiple. Guérison, malgré une reprise pour caillotage vésical.

OBSERVATION N° 62

DUT. Charles, 67 ans Pavillon A 1976 n° 683

Malade hospitalisé pour un tableau abdominal douloureux avec contracture fasciées terreux, dyspnée, cyanose, choc (tension artérielle à 5).

- LAPAROTOMIE EN URGENCE le 17 décembre 1976 : il s'agit d'un néoplasme perforé de l'angle colique droit avec cellulite rétropéritonéale. Hémicolectomie droite élargie au grand épiploon et au tissu rétro-péritonéal. Anastomose iléo-transverse termino-terminale en un plan extramuqueux. Drainage multiple de la gouttière pariéto-colique et du Douglas.

Chocs septiques dans les suites immédiates. Puis, fistule de l'anastomose dans le drainage droit le 21 décembre 1976. Reprise du transit le 24 décembre. Apparition d'une cellulite du flanc droit. Le ventre reste ballonné. La fistule ramène 1 litre / 24 heures. Le 29 décembre, le drain gauche ramène du pus franc et le décès survient en état de choc septique avant la réintervention.

- L'AUTOPSIE révèle la fistule de l'anastomose iléotransverse mal cloisonnée ; la présence d'une collection suppurée sous-hépatique (1 litre) non drainée par le système mis en place.

Donc : PERITONITE PAR LACHAGE DE SUTURE APRES HEMICOLECTOMIE DROITE.
Le diagnostic n'a pas été fait assez tôt en raison de l'aspect banal de l'abdomen. On aurait dû y penser lors de l'apparition de la fistule au 5ème jour associée à la persistance de chocs septiques.

OBSERVATION N° 63 CLA. Lucrèce, 53 ans Pavillon A 1977 n° 862

Malade opérée en février 1976 d'un néo du col utérin : hystérectomie totale suivie d'irradiation au Cobalt. Importantes rectorragies le 20 mars 1977 traitées médicalement. Récidive début avril, dont l'abondance met en jeu le pronostic vital.

- LAPAROTOMIE EXPLORATRICE le 7 avril 1977 au Pavillon A : découverte d'une déhiscence de la paroi rectale dans la zone irradiée, en communication avec l'axe artériel iliaque gauche. Ligature de l'iliaque. Anus iliaque gauche de décharge. Pontage fémoro-fémoral sus-pubien donnant d'excellents pouls périphériques du côté gauche.

Les suites sont simples et apyrétiques jusqu'au 12ème jour. Elévation thermique à 39° brutale à partir du 20 avril avec fièvre oscillante. Ictère progressif à bilirubine mixte. Puis, tableau péritonéal avec prédominance dans la fosse iliaque droite, le 4 mai 1977.

- COELIOTOMIE ITERATIVE le 4 mai 1977 au Pavillon A : il existe une cholécystite gangréneuse perforée, qui a donné une collection verte bilieuse dans la gouttière pariéto-colique droite (bactériologie : Klebsiella, E. Coli, Pyocyanique, streptocoque foecalis). Cholécystectomie rétrograde ; l'artère cystique est thrombosée, la vésicule non lithiasique. Drainage multiple ; fermeture aux points totaux de bronze.

Les suites de cette intervention sont simples : la sonde gastrique enlevée au 6ème jour et l'alimentation reprise normalement.

Donc : PERITONITE BILIAIRE PAR CHOLECYSTITE GANGRENEUSE non lithiasique dans les suites d'une laparotomie pour perforation rectale et érosion artérielle d'origine radique. Réintervention rapide ; guérison.

OBSERVATION N° 64 AVE. Jean, 29 ans Pavillon P Soins Intensifs 1974
n° 129

Scarlatine à 6 ans, suivie de glomérulo-néphrite d'évolution progressive sur 20 ans. Malade en hémodialyse depuis novembre 1972 ; lésions sclérosantes à la ponction-biopsie du rein ; candidat à la greffe rénale.

- GREFFE DE REIN le 17 juin 1974 dans le service du Professeur TRAEGER. Après appendicectomie, le rein du donneur est greffé dans la fosse iliaque droite. Hémorragie per-opératoire par plaie de l'hypogastrique suturée. Redon.

Les suites immédiates sont favorables avec bon fonctionnement rénal. Mise en route du traitement immunodépresseur. Ablation du drain de Redon et de la sonde urétérale au 6ème jour, des fils au 11ème jour.

Le 12 juillet, douleur abdominale devenant intense en quelques heures, ascension thermique à 39°5, arrêt des matières et des gaz depuis 48 heures. Défense abdominale localisée à la fosse iliaque gauche, TR douloureux à gauche, météorisme discret, niveaux liquides sur la radiographie abdominale.

- COELIOTOMIE SUS ET SOUS-OMBILICALE le 12 juillet 1974 au Pavillon A : épanchement uro-purulent très abondant occupant la totalité de l'abdomen. L'origine est une perforation punctiforme d'une poche urineuse rétropéritonéale. L'espace péri-rénal est drainé par deux drains de Schirley aspiratifs. La communication péritonéale est obturée. Le grand ventre est drainé après lavage. Fermeture en monoplan.

Dans les suites, toute l'urine passe par les drains de Schirley. La fistule est objectivée par l'urographie intra-veineuse.

- REPRISE le 17 juillet 1974 : découverte d'une fistule à la jonction urétéro-vésicale avec nécrose du bas uretère. Néphrectomie droite du rein du malade. Réfection de l'anastomose sur une sonde urétérale trans-vésicale.

Dans les suites, l'urine passe dans le drain de Redon laissé en place dans la loge du transplant.

- REPRISE le 23 juillet 1974 : nouvelle nécrose du bas uretère ; nouvelle réfection de l'anastomose.

Les suites seront désormais simples et apyrétiques : ablation de la sonde trans-urétérale au 14ème jour et des fils au 16ème jour. Sortie au bout d'un mois. En avril 1977, le malade va bien, sa tension artérielle est à 15, il n'y a pas d'infection urinaire, la protéinurie est stable, le traitement immunodépresseur est poursuivi.

Donc : PERITONITE URO-PURULENTE APRES UNE TRANSPLANTATION RENALE (au cours de laquelle avait été réalisée une appendicectomie) par fuite de l'anastomose urétérovésicale. Drainage et traitement de la cause. Guérison malgré deux reprises pour nécrose du bas uretère.

OBSERVATION N° 65 BAL. Guy, 29 ans Pavillon A 1973 OP. 17-129

Malade sans antécédent présentant un tableau de perforation d'ulcère le 1er mai 1973 avec choc :

- LAPAROTOMIE EN URGENCE : perforation d'ulcère du bulbe avec péritonite d'emblée (2 litres). Suture de l'ulcère. Gastrostomie.

Dans les suites, tableau toxi-infectieux grave avec inhalation bronchique malgré la sonde d'aspiration gastrique ajoutée à la gastrostomie. Traitement corticoïde et ventilation assistée. Au 10ème jour, amélioration de l'état général mais apparition d'un abcès de paroi avec début de désunion et crépitation du flanc gauche. La coupole diaphragmatique droite est surélevée ; du liquide sale fuit autour de la sonde de gastrostomie.

- REPRISE DE LA LAPAROTOMIE le 11 mai 1973 au Pavillon A : il existe une collection sous-cutanée, crépitante, qui part du trajet pariétal de la gastrostomie. Le péritoine présente l'aspect d'une péritonite torpide de l'étage sus-méso-colique avec une collection séropurulente à gauche et un abcès de pus crémeux inter-hépto-duodénal. La suture de l'ulcère a tenu ; la gastrostomie elle-même est désunie, les fils de bourse ayant coupé autour de la sonde et son amarrage à la paroi a tenu du côté interne seulement. On décide de la supprimer. Suture de la brèche gastrique en 3 plans après parage. Drainage multiple. Excision de la paroi et suture en monoplan métal. Drainage large de l'abcès pariétal.

Quatre séances d'oxygénothérapie hyperbare et l'instillation d'antibiotiques dans la paroi vont permettre de guérir la gangrène gazeuse. L'arrêt des écoulements purulents est obtenu en 3 semaines après une phase de suppuration à pyocyanique de la paroi et un épanchement pleural droit. Au 2ème mois, l'état général est transformé. Il persiste une éventration sur la laparotomie au 6ème mois, sans récurrence ulcéreuse sur le transit gastro-duodénal.

Donc : PERITONITE PAR LACHAGE DE LA GASTROSTOMIE APRES SUTURE D'ULCERE PERFORE, associée à une gangrène gazeuse de paroi.
Guérison grâce à une réintervention complète ayant traité la cause et mis à plat les lésions.

OBSERVATION N° 66 ALB. Evelyne, 18 ans Pavillon N Réanimation Mai 1977

Malade hospitalisée dans une ville de l'Allier pour kyste de l'ovaire enclavé dans le Douglas.

- INTERVENTION le 12 avril 1977 par laparotomie médiane sous-ombilicale : péritonite plastique avec adhérences multiples dans le pelvis ; pyosalpinx droit. Salpingectomie bilatérale, lavage à la Tifomycine, et drainage par une lame.

- REPRISE le 30 avril 1977 pour fistule colique et péritonite : fermeture d'une brèche sigmoïdienne et colostomie iliaque gauche en amont. Lavages à la Bétadine et double drainage. Ouverture de l'anus le 3 mai 1977.

- REINTERVENTION le 4 mai 1977 pour syndrome occlusif et empâtement du flanc gauche : tout l'étage sous-mésocolique est accolé mais on ne trouve pas de collection suppurée. L'empâtement du flanc est en rapport avec une infiltration de la paroi par le liquide d'irrigation. Toilette péritonéale. Drainage non aspiratif. Incision pariétale gauche de drainage du flanc.

La malade est évacuée à Lyon le 9 mai 1977 en raison d'une urémie élevée, d'un déclin de l'état général, d'un subictère. Elle est consciente, sa température de 38°. L'abdomen est tendu, la paroi, infiltrée jusqu'à l'aisselle, répand une odeur fétide et dégage du gaz. Les drains tubulaires sortant par la fosse iliaque ramènent un pus crémeux très malodorant.

- COELIOTOMIE ITERATIVE le 9 mai 1977 au Pavillon A : la paroi est très nécrotique et les berges doivent être excisées sur 2 cm de chaque côté. Une collection effroyablement fétide occupe le pelvis ; une poche de pus crémeux très abondant est située entre l'angle droit du colon et les premières anses grêle ; une sérosité purulente enveloppe l'ensemble du grêle. Toilette à la Noxythioline. Drainage multiple à ventre ouvert (cf page 766). Large incision du flanc qui permet d'évacuer du plan sous-aponévrotique une grande quantité de sanie et de pus mêlés de gaz.

La malade est passée immédiatement en caisson d'oxygène hyperbare. Lavages irrigations du péritoine à la Noxythioline et traitement antibiotique massif. L'état septique s'aggrave cependant et les troubles de conscience nécessitent l'intubation trachéale et la ventilation assistée le 11 mai. La diurèse se pince. Le 10 mai, un nouveau débridement cutané a montré une extension du processus gangréneux malgré l'oxygénothérapie hyperbare. Une révision de la cavité abdominale le 13 mai montre la persistance d'abcès multiples entre les feuillets mésentériques ; une nouvelle excision musculaire pariétale est nécessaire. Le 15 mai, mydriase gauche. Décès en choc septique le 19 mai (hémocultures positives avec pyocyanique et enterobacter).

Donc : PERITONITE RECIDIVANTE APRES SALPINGECTOMIE POUR PYOSALPINX.
Gangrène gazeuse pariétale (bactéroïdes anaérobies). Décès malgré le traitement après un mois d'évolution septique.

Hospitalisée en urgence pour syndrome appendiculaire, à la garde :

- MAC BURNEY le 18 mars 1977 : appendicectomie, enfouissement. L'appendice était sain ; la trompe droite inflammatoire.

Suites d'abord simples et sortie au 6ème jour. Réhospitalisée pour syndrome occlusif au 12ème jour.

- LAPAROTOMIE MEDIANE SOUS-OMBILICALE le 30 mars 1977 : volvulus jéjunal gangréné sur bride. Les annexes droites inflammatoires accolées au coecum limitent un abcès au contact du moignon qui est lui-même parfait. Résection de 30 cm de grêle. Anastomose en un plan. Toilette péritonéale et drainage du Douglas et de la fosse iliaque droite.

Les suites ne sont pas nettes : à la 72ème heure, état d'agitation avec douleur abdominale importante et écoulement fétide par les drains. Le lendemain, la malade est soulagée avec émission de plusieurs selles. Le tableau est à nouveau inquiétant le 4 avril 1977 : température à 40°, dyspnée, agitation, délire ; le toucher rectal montre un Douglas cartonné et la plaie laisse sourdre un liquide séreux coloré en jaune, bientôt suivi de selles.

- COELIOTOMIE ITERATIVE le 4 avril 1977 au Pavillon A, à travers une paroi suppurée : toute la cavité pelvienne est occupée par des matières fécales. On constate la déhiscence totale de la suture iléale, tous les points sont restés accrochés à l'extrémité distale ; il n'y a aucun trouble vasculaire et la muqueuse est saine. Iléostomie des deux extrémités iléales. Lavage péritonéal. Drainage multiple laissant le ventre ouvert (cf page 166). Irrigation péritonéale (6 litres par jour).

- FERMETURE DE LA LAPAROTOMIE le 8 avril 1977 : l'aspect de la cavité péritonéale est franchement bon, les fausses membranes ont disparu. Fermeture en un plan laissant la peau ouverte sur un système de drainage multiple.

Réapparition de chocs septiques le 19 avril (température à 41°) ; bien que l'abdomen soit plat et le transit normal, on pense à un foyer abdominal.

- LAPAROTOMIE EXPLORATRICE le 13 avril 1977 : le ventre est propre, seule, la région sus-pubienne présente un petit décollement suppuré. Les anses grêle sont collées, mais ont bon aspect.

L'état fébrile va persister avec une pneumopathie de la base droite. Une voussure épigastrique mate conduit à une

- LAPAROTOMIE EXPLORATRICE le 12 mai 1977 : le foie est volumineux et congestif, mais sans fluctuence ; le ventre est propre.

Aggravation de l'état respiratoire à partir du 15 mai ; hypoxie grave ; choc septique, collapsus et décès le 24 mai en anurie.

Donc : PERITONITE APRES APPENDICECTOMIE PAR ABCES SUR LE MOIGNON ;
RECIDIVE EN PERITONITE FECALE PAR LACHAGE DE SUTURE ILEALE ;
 décès après deux mois d'évolution septique malgré un nettoyage de l'abdomen, par infection pulmonaire.

OBSERVATION N° 68

FOU. Jeanne, 40 ans

Pavillon A Réanimation 1972
n° 4484

Malade sans antécédent opéré dans la Loire pour un tableau abdominal aigu :

- LAPAROTOMIE MEDIANE SOUS-OMBILICALE le 12 mars 1972 : "lésions importantes par torsion et vraisemblablement infarctus du mésentère sur la dernière anse grêle". Il n'est pas pratiqué de résection du grêle.

Dans les suites, le transit se rétablit pendant quelques jours, puis s'arrête à partir du 22 mars ; en même temps, apparition de signes généraux, anurie transitoire, glycémie instable, urémie augmentée à 1,90 g/litre. La malade, mutée à Lyon, présente le 24 mars, un tableau de péritonite diffuse avec contracture, météorisme, déshydratation, subictère et température à 38°.

- LAPAROTOMIE ITERATIVE à la garde, le 24 mars 1972 : issue de 3 litres de liquide séro-purulent ; les anses grêle dilatées sont couvertes de fausses membranes. Il existe, à 30 cm de l'angle iléo-coecal, un diverticule de Meckel, dont la pointe est perforée ; une deuxième perforation est trouvée à sa base d'implantation. Résection du diverticule emportant 3 cm de grêle ; anastomose en un plan extra-muqueux, lavage péritonéal. Fermeture sur un drainage simple.

A partir du deuxième jour, aggravation de l'état général, liquide franchement hémorragique par les drains, contracture abdominale, très fine crépitation sous-cutanée.

- COELIOTOMIE ITERATIVE le 27 mars 1972 au Pavillon A : liquide purulent en abondance dans les flancs, sous le diaphragme, entre les anses agglutinées. L'épanchement sanglant surtout antérieur vient de la gaine du muscle grand droit (bactériologie : *Welchia Perfringens*). La suture intestinale laisse sourdre le liquide entérique entre les points. Après toilette soigneuse du péritoine, reconstitution du grand droit, transformation de l'entérorraphie en iléostomie sur un gros drain de caoutchouc. Drainage multiple. Fermeture en un plan.

Les suites de cette intervention sous traitement antibiotique massif et oxygénothérapie hyperbare sont marquées par une amélioration transitoire avec apyrexie. Mais, le 29 mars 1972, choc toxi-infectieux avec arrêt de la diurèse et décès.

Donc : PERITONITE PAR PERFORATION D'UN DIVERTICULE DE MECKEL PASSE IMPERCU LORS D'UNE PREMIERE LAPAROTOMIE.

Récidive de la péritonite par déhiscence de l'anastomose, associée à une gangrène gazeuse. Décès malgré la reprise opératoire.

OBSERVATION N° 69 MUT. Germaine, 60 ans Pavillon N Réanimation 1972

Malade présentant une maladie d'Addison, traitée par 15 mg d'Hydrocortisone par jour. Le 16 mars 1972, tableau digestif brutal évoluant sur deux jours avec diarrhée, vomissements noirâtres, choc (tension artérielle à 5), température à 40°8.

- LAPAROTOMIE MEDIANE EN URGENCE le 12 mars 1972 : occlusion du grêle par un magma d'anses au contact d'un abcès appendiculaire -appendice gangréné rompu médiopelvien-
Appendicectomie, résection du magma d'anses. Anastomose iléo-iléale en zone saine à 15 cm de l'angle iléo-coecal ; gros drain dans le Douglas, lame rétrocolique.

Cette intervention est suivie d'un choc septique immédiat, et d'un encombrement pulmonaire nécessitant la ventilation assistée. Au 3ème jour, insuffisance rénale réagissant au furosémide dans un premier temps, puis anurie avec troubles hypoélectriques (hyponatrémie).
Localement, le ventre est souple, les drains ne donnent rien ; mais, le transit est totalement absent, et la sonde d'aspiration gastrique ramène 3 300 ml/jour. Décès en anurie et choc septique au 6ème jour post-opératoire.

- L'AUTOPSIE au Pavillon A révèle une péritonite diffuse par désunion de l'anastomose iléo-iléale.

Donc : PERITONITE DIFFUSE APRES APPENDICECTOMIE ET RESECTION DU GRELE, PAR LACHAGE DE L'ANASTOMOSE ILEO-ILEALE.

Exemple où les seuls signes étaient d'ordre général en l'absence de tout signe local. Décès car le diagnostic n'a pas été fait.

OBSERVATION N° 70

LOR. Louise, 73 ans

Pavillon A 1974 n° OP 20 190

Malade en bon état général présentant une éventration sous-ombilicale après une ancienne intervention gynécologique. Tableau abdominal aigu douloureux évoquant un engouement ou un étranglement herniaire : le ventre est ballonné sans contracture, sans niveaux à l'A.S.P. ; la zone de l'éventration a un aspect assez inflammatoire. Intervention dans une clinique de Lyon :

- LAPAROTOMIE MEDIANE EN URGENCE le 19 janvier 1974 : le ventre est plein de sérosités purulentes et de matières fécales. Sur la partie basse du sigmoïde il existe une perforation de 1 cm de diamètre sur la face antérieure en zone apparemment saine. Cette perforation est transformée en colostomie sur une sonde de Pezzer. Fermeture sur un drainage après nettoyage de l'abdomen. Au début de l'intervention, un arrêt cardiaque a nécessité un massage cardiaque externe responsable d'un volet thoracique. La malade est mutée au Pavillon A.

Au 2ème jour, la malade présente à nouveau de violentes douleurs abdominales et fait de multiples chocs septiques, tout en restant parfaitement consciente. Les drains ne donnent rien, mais la pression sur l'abdomen fait sourdre à travers les points un liquide purulent.

- COELIOTOMIE ITERATIVE le 21 janvier 1974 au Pavillon A : il existe une entéropathie nécrosante intéressant la quasi totalité du grêle : les lésions commencent à 20 cm de l'angle duodéno-jéjunal, et s'étendent jusqu'à la jonction iléo-coecale. Des plages vivantes alternent avec des plages dévitalisées, verdâtres ou blanchâtres, réalisant par endroit l'aspect pommelé caractéristique. Les artères mésentériques battent parfaitement. Il existe en de nombreux endroits une pneumatose de la paroi intestinale. La perforation sigmoïdienne est explorée et semble de nature différente, car la muqueuse est parfaitement saine à son niveau ; il existe 5 cm en aval une sténose assez serrée admettant la pulpe du petit doigt (examen histologique : adénocarcinome colique).

Au début de l'intervention, la tension artérielle est à 4 ; au stade de l'exploration se produit l'arrêt cardiaque.

Donc : PERITONITE PAR ENTEROPATHIE NECROSANTE DU GRELE APRES LAPAROTOMIE POUR PERFORATION DIASTATIQUE DU SIGMOIDE SUR ADENOCARCINOME STENOSANT.

Les deux lésions semblent indépendantes, l'entéropathie étant à mettre sur le compte de l'arrêt cardiaque lors de l'intervention initiale, suivi d'un collapsus prolongé.

Etat désespéré, décès.

OBSERVATION N° 71 PER. Carmen, 45 ans Pavillon A 1974

Malade présentant une lithiase vésiculaire simple, opérée à froid le 8 février 1974

- LAPAROTOMIE MEDIANE SUS-OMBILICALE : cholécystectomie, pas de drainage de la voie biliaire principale qui est libre ; fermeture sur un drain de Redon. La vésicule est pleine de microcalculs ; la paroi vésiculaire n'est pas gangrénée.

Dans les suites, apparition de troubles généraux au 2ème jour post-opératoire : polypnée avec cyanose périphérique, hallucinations visuelles ; choc septique : tension artérielle à 8 et température à 38°. Malgré une reprise du transit le 11 février, l'état général s'aggrave avec installation d'un tableau septicémique, sans ictère, avec insuffisance rénale à diurèse conservée (urémie = 1,10 gramme/litre). Le 13 février 1974, le météorisme abdominal est considérable, la douleur sous-costale droite très vive.

- LAPAROTOMIE ITERATIVE le 13 février 1974 au Pavillon A : il existe une péritonite par hémopéritoine infecté (streptocoque, staphylocoque) mal drainé par le drain de Redon bouché. L'origine semble être le lit vésiculaire. Lavage soigneux et fermeture sur un drainage multiple avec système de lavage péritonéal.

La malade est apyrétique le 15 février, mais l'insuffisance rénale conduit à l'épuration extra-rénale. Des troubles de coagulation avec épanchement péricardique et hémorragies par les drains et le vagin surviennent le 15 février 1974. De nouveaux chocs septiques apparaissent et entraîne le décès rapide.

Donc : PERITONITE APRES CHOLECYSTECTOMIE SIMPLE PAR HEMOPERITOINE INFECTE NON DRAINE.

Malgré une reprise assez rapide au bout de 3 jours d'aggravation de l'état général, décès dans un tableau septique diffus.

Ce malade qui présente des antécédents de hernie hiatale et douleurs thoraciques à l'effort avec ischémie électrocardiographique, est admis en urgence le 17 octobre 1974 après un traumatisme thoraco-abdominal. Le ventre est de bois, la ponction lavage ramène du sang noir :

- LAPAROTOMIE MEDIANE EN URGENCE le 17 octobre 1974 : rupture linéaire de la rate ; splenectomie. Une plaie diaphragmatique gauche de 1 cm de long est suturée par un point en X. Il existe une contusion pancréatique caudale avec infiltration oedémateuse et sanguine. La loge rénale est ouverte avec présence au niveau du pôle supérieur du rein gauche d'une petite plaie dont l'hémostase est faite par des points en X. On constate la présence d'une hernie hiatale dont on se refuse au traitement. Drainage de la loge splénique par un drain plus une lame. Fermeture pariétale en un plan. Drainage thoracique gauche évacuant un hémithorax de 3/4 de litre de sang.

Les suites sont simples pendant 10 jours, puis apparition d'hémorragies digestives en rapport avec une oesophagite sur hernie hiatale. Aggravation des hémorragies avec choc le 6 novembre 1974 :

- REPRISE DE LA LAPAROTOMIE le 6 novembre : il existe un abcès de la paroi ; la libération de l'étage sus-mésocolique est difficile du fait d'adhérences serrées. L'estomac est distendu par du sang noirâtre. Il n'y a pas de collection suppurée sous le diaphragme. Le corps et la tête du pancréas sont normaux, mais la queue est ventousée par la paroi et il y a là une fistule organisée. On réalise une vagotomie tronculaire et une pyloroplastie fermée à l'Ercelex en un plan. Gastrostomie à la Fontan. Fermeture sur un drainage sous-hépatique. Drainage de la fistule pancréatique.

L'évolution est simple avec reprise du transit et apyrexie. Le 11 novembre, on note une élévation thermique et une augmentation de l'urémie à 1 g/l. Le 12 novembre, hémorragie importante à l'ablation d'une tuile de drainage droite.

- COELIOTOMIE ITERATIVE LE 12 NOVEMBRE : l'hémorragie provient d'une artère du pédicule hépatique dont l'hémostase est réalisée par un surjet latéral. On découvre alors que la pyloroplastie a complètement lâché entraînant une péritonite au début responsable de l'érosion artérielle. La pyloroplastie est intubée par une sonde nasale en aspiration. Drainage au contact. Fermeture aux points totaux de bronze.

Cette intervention est bien supportée, le malade détubé. Mais, un ballonnement important s'installe avec vomissements, bien que la sonde de gastrostomie ramène plus de un litre par jour. Tendance au choc. Abondant écoulement purulent au niveau du flanc droit. Il n'y a pas de fistule digestive à l'épreuve au Bleu de Méthylène.

- REPRISE le 19 novembre 1974 de la médiane pratiquement désunie. L'exploration de l'étage sus-mésocolique est négative. Par contre, dans l'étage sous-mésocolique, il existe une occlusion par strangulation de la deuxième anse grêle. Entérolyse. Nettoyage péritonéal et opération de Childs. La fermeture pariétale est impossible : on utilise des points totaux de rapprochement et un bas collé de type Contensor.

Cette intervention est suivie d'une insuffisance rénale progressive, puis apparition le 23 novembre, d'une fistule du colon transverse et d'une large éviscération couverte.

Décès le 1er décembre, en insuffisance hépatique sévère.

Donc : PERITONITE PAR LACHAGE DE PYLOROPLASTIE chez un polytraumatisé splénectomisé, réopéré pour hémorragies du stress, diagnostiquée par hasard lors d'une reprise pour hémostase.

Décès par effondrement de l'état général après une nouvelle intervention pour occlusion.

OBSERVATION N° 73 PICH. Alfred 72 ans Pavillon A 1974 N° OP 25 2

Malade ulcéreux ancien, hémiparalysique depuis 6 mois, qui présente un tableau abdominal douloureux au niveau de la fosse iliaque droite, fébrile (température à 38°), en état occlusif avec vomissements ; le toucher rectal n'est pas significatif et la radiographie montre quelques niveaux assez vagues dans la région méso-coeliaque.

- COELIOTOMIE SOUS OMBILICALE EN URGENCE le 18 novembre 1974 au Pavillon A : il s'agit d'une nécrose intestinale intéressant environ 50 cm de grêle et s'arrêtant à 15 cm de la valvule iléo-coecale. Le mésentère est infiltré et présente des thromboses veineuses. On réalise une entérectomie passant au large des lésions surtout en amont ; suture termino-terminale en monoplan. Toilette péritonéale. Fermeture sur deux lames de drainage encadrant l'anastomose.

Fistule du grêle au 3ème jour. Il apparaît une réaction du flanc droit et un hoquet qui incitent à reprendre le malade.

- REOUVERTURE DE LA MEDIANE le 22 novembre 1974 : la suture est déhiscente presque en totalité, le bout supérieur est nécrosé. Le liquide grêlique a diffusé surtout dans la fosse iliaque droite. L'ensemble de l'intestin grêle est douteux, lie de vin, et l'état général du patient est très mauvais : il paraît plus prudent de fermer le bout iléal, et de faire une iléostomie terminale. On envisage, en cas de survie, de réaliser une anastomose iléo-sigmoïdienne court-circuitant l'iléostomie, dans un second temps. Drainage multiple.

Le 24 novembre, la dyspnée s'aggrave et le malade est mis sous respirateur. L'insuffisance rénale s'accentue. Au 4ème jour, apparition d'hémorragies digestives par la sonde gastrique et par l'iléostomie. L'endoscopie montre un ulcère de la petite courbure.

- REINTERVENTION POUR HEMOSTASE le 27 novembre : le malade est dans un état catastrophique. Vagotomie tronculaire et pyloroplastie. Décès rapide dans les suites.

Donc : PERITONITE PAR LACHAGE D'ANASTOMOSE AU 3EME JOUR après infarctus iléo-mésentérique et résection du grêle. Malgré une réintervention rapide avec iléostomie terminale, décès par hémorragies du stress et coma septique.

OBSERVATION N° 74

PEY. Pierre, 28 ans Pavillon A 1974

Accident de la circulation le 21 aout 1974 : traumatisme crânien et perte de connaissance ; fractures de côtes et pneumothorax droit drainé ; défense abdominale.

- LAPAROTOMIE EN URGENCE le 21 aout 1974 : découverte d'une rupture de bandelette colique. Hernie de la muqueuse colique sans perforation. Suture par des points extramuqueux. Pas d'autre lésion viscérale.

- REPRISE POUR OCCLUSION le 27 aout 1974 : le duodénum est occlus par des caillots qui oblitèrent la voie biliaire principale et les canaux pancréatiques. Il s'agit d'ulcères de stress hémorragiques sur le duodénum. Evacuation des caillots par une entérotomie sans Dragstedt. Fermeture de l'entérotomie en un plan extramuqueux.

Récidive hémorragique au 5ème jour post-opératoire. La gastroscopie confirme la persistance de lésions hémorragiques à la partie initiale du duodénum.

- REINTERVENTION le 1er septembre 1974 : aspect péritonéal à l'ouverture avec un grêle tout collé et couvert de fausses membranes. On réalise une gastrectomie des 2/3 avec anastomose de type Polya précolique en 2 plans. Le moignon duodénal est fermé en 2 plans. Drainage multiple. Fermeture pariétale aux points totaux de bronze.

Les suites sont marquées par une poussée de pancréatite et la persistance des hémorragies jusqu'au 8ème jour post-opératoire. En même temps, s'installe un état hyperseptique (septicémie à Gram (-) : Klebsiella, Proteus) avec choc septique. Une fistule digestive s'extériorise au 8ème jour, après une reprise du transit.

- REPRISE OPERATOIRE le 10 septembre 1974 : la fistule provient de l'anastomose gastro-jéjunale qui est dirigée sur une sonde de Pezzer, tandis qu'un drain de Redon permet le lavage à l'acide lactique.

Dans les suites, le malade décède rapidement en coma septique avec pleurésie purulente.

Donc : PERITONITE PAR FUITE D'UNE DUODENOTOMIE PRATIQUEE POUR HEMOSTASE, chez un polytraumatisé laparotomisé présentant des ulcères du stress. Péritonite itérative par lâchage de gastro-entéro-anastomose pratiquée en milieu septique. Décès en coma septique.

OBSERVATION N° 75 PRO. Robert, 43 ans Pavillon A Réanimation 1973 n° 5287

Malade traité pour syndrome néphrotique chronique (azotémie à 0,50 g/l) En avril 1973, révélation d'un ulcère duodénal perforé et hémorragique, opéré dans un service lyonnais.

- INTERVENTION PAR LAPAROTOMIE SUS-OMBILICALE : gastroduodénectomie avec anastomose de type Polya pré-colique.

Les suites sont simples. Sortie du malade dans des délais normaux.

Le 5 juin 1973, douleur abdominale avec apparition de signes péritonéaux aigus. La radiographie abdominale sans préparation montre un pneumopéritoine discret, avec décollement sus-hépatique. Le ventre est de bois, le toucher rectal douloureux. Ce tableau s'aggrave malgré l'aspiration gastrique, avec tendance au choc au bout d'une nuit : soif, sueurs, tension artérielle : 12/9.

- COELIOTOMIE ITERATIVE le 6 juin au Pavillon A : toute la cavité péritonéale est remplie de liquide purulent non fétide (Proteus) et manifestement digestif. L'exploration ne met en évidence aucune perforation viscérale ; il n'y a pas d'ulcère peptique ; l'anastomose est bien perméable. Il existe du pus et des fausses membranes en abondance dans le cul de sac de Douglas. On enlève un diverticule épiploïque sigmoïdien tordu et mortifié, mais qui ne paraît pas responsable de la péritonite. Le cratère ulcéreux laissé en place est au centre d'une zone irrégulière à la fois suppurée et hémorragique : il est donc possible qu'il y ait eu dans un premier temps développement d'un abcès sous-hépatique et sous-phrénique et dans un deuxième temps, rupture de cette collection dans le grand ventre. Drainage multiple après toilette, fermeture en un plan total.

Les suites sont marquées par une fistule duodénale extériorisée le 12 juin. Le 21 juin, les drains ramènent toujours du liquide purulent. L'état général s'aggrave, la dénutrition est entretenue par un véritable diabète protéique. Une éviscération n'a aucune tendance à se couvrir.

- REPRISE le 26 juin 1973 : évacuation d'une collection purulente du flanc gauche et installation d'un nouveau drainage avec lavage continu aux antibiotiques.

Le 1er juillet, choc septique et apparition de troubles de conscience. Le 9 juillet, hématoméso et moelena ; aucune tendance à la cicatrisation. Le 21 juillet, un transit intestinal ne montre aucun passage du produit de contraste dans l'intestin grêle. Décès par oedème aigu pulmonaire au 26ème jour post-opératoire.

Donc : PERITONITE APRES GASTRODUODENECTOMIE POUR ULCERE DUODENAL PAR RUPTURE SECONDAIRE D'UNE COLLECTION SUPPUREE SOUS-HEPATIQUE.

Malgré la réintervention, l'état septique devient irréversible du fait d'une hypoprotéïnémie majeure d'origine rénale. Décès.

OBSERVATION N° 76

BEN. Mohamed, 38 ans

Pavillon A

1973

Accident de la voie publique : traumatisme crânien et thoracique, fracture ouverte de la jambe gauche, fracture de la clavicule gauche, fracture du bassin.

- OSTEOSYNTHESE DE JAMBE PAR PLAQUE le 29 mai 1973 sous anesthésie générale, et garrot. La fracture transversale siège au tiers moyen de jambe.

Dans les suites de cette intervention, délirium tremens. Le 3 juin, tableau de décompensation respiratoire dûe au volet thoracique antéro-supérieur gauche et à une atélectasie du lobe inférieur droit. Le 4 juin, le ventre est ballonné, souple, le transit persiste. Le malade est conscient sans signe de localisation neurologique, sa température est de 39°. Le 5 juin, une ponction abdominale ramène un liquide sanglant et louche, la température est à 40° ; le 6 juin, choc septique grave ; la plaie de jambe est propre, les images pulmonaires stables, le liquide céphalo-rachidien stérile. Le 7 juin, décharges septiques typiques (température à 40°) ; crise convulsive droite ; légère défense de la fosse iliaque droite.

- LAPAROTOMIE le 8 juin 1973 au Pavillon A : on retrouve le même liquide dans le ventre que celui de la ponction du 5 juin ; il est fibrineux et rosé dans la région péri-hépatique, purulent avec des fausses membranes dans le reste de la cavité abdominale. Aucune effraction digestive apparente. Toilette ; drainage multiple.

La température persiste à 40° malgré le traitement antibiotique majeur. Nouvelles crises convulsives. Trachéotomie le 10 juin 1973. Arrêt cardiaque par insuffisance respiratoire aiguë au 2ème jour post-opératoire.

Donc : PERITONITE PURULENTE (streptocoque hémolytique) SANS CAUSE APPARENTE APRES OSTEOSYNTHESE D'UNE FRACTURE OUVERTE DE JAMBE chez un polytraumatisé septicémique.

Décès malgré la réintervention.

OBSERVATION N° 77

PIC. Pierre, 36 ans

Pavillon N Réanimation
n° 32010 H et 28345 V

1977

Accident de la circulation avec traumatisme crânien et fracture du nez : le malade est hospitalisé dans une ville du Rhône. Secondairement, douleur du mollet droit, collapsus cardio-vasculaire et syncope en rapport avec une embolie pulmonaire. Le malade est muté dans le service du Professeur MOTIN.

Il existe un coeur pulmonaire aigu à l'électrocardiogramme et une phlébite du membre inférieur gauche. Un traitement décoagulant est entrepris ; mais, de nouveaux épisodes dyspnéiques font décider la pose d'un clip sur la veine cave inférieure :

- LAPAROTOMIE SUS-OMBILICALE le 28 mai 1977 dans un service de chirurgie vasculaire : désobstruction de la veine cave inférieure et pose d'un clip avec clampage des veines rénales pendant 15 minutes.

Dans les suites immédiates, insuffisance rénale à diurèse conservée, mise sur le compte du clampage rénal. Au 3ème jour, ascension thermique à 39°. Le 4 juin, état de choc septique avec fièvre à 40°. Décompensation respiratoire et ventilation assistée. Le malade a des troubles de conscience (P4), a les extrémités froides, est en anurie, et par la médiane désunie sur 8 cm, s'écoule un liquide purulent fétide.

- COELIOTOMIE ITERATIVE le 5 juin 1977 au Pavillon A : la médiane est suppurée sur toute sa longueur ; il existe des plages de nécrose sur les grands droits et une vaste poche suppurée dans la gaine du grand droit, du côté droit.

La péritonite est généralisée avec fausses membranes sur le grêle (bactériologie : staphylocoques).

Après lavages répétés de la cavité abdominale, aucune lésion viscérale n'est trouvée : c'est le foyer pariétal qui à la faveur de l'éviscération, a entraîné la péritonite. Drainage multiple avec système d'irrigation. Fermeture en un plan total avec bas collé sur la peau.

Devant la persistance de l'état septique, et la rétention du liquide de lavage :

- REPRISE OPERATOIRE le 7 juin 1977 : la masse d'anses grêle agglutinées a bon aspect, mais il persiste du pus et des fausses membranes contre le péritoine pariétal. Nettoyage patient. Drainage à ventre ouvert (cf page 166).

- REVISION PERITONEALE le 11 juin : le péritoine est assez propre, la nécrose de paroi a fait place au bourgeonnement. Il reste un peu de liquide louche dans les flancs (Klebsiella, pyocyanique, Serratia).

- VERIFICATION le 11 juin : pour hémorragie abdominale : origine pariétale.

- REVISION DE LA GRANDE CAVITE PERITONEALE le 13 juin : les anses grêle ont bon aspect ; il existe encore des fausses membranes sans foyer infectieux cloisonné. La diurèse a repris ainsi que le transit intestinal et la fermeture est envisagée deux jours plus tard.

Malheureusement, décès le 16 juin 1977 d'oedème pulmonaire infectieux avec défaillance respiratoire aiguë.

Donc : PERITONITE A STAPHYLOCOQUE PAR PROPAGATION D'UNE SUPPURATION PARIETALE APRES POSE D'UN CLIP DE DEWEESE SUR LA VEINE CAVE INFERIEURE (prévention d'une embolie pulmonaire). Malgré un drainage abdominal à ventre ouvert ayant amélioré l'état abdominal, décès en insuffisance respiratoire.

OBSERVATION N° 78

JES. Anne-Marie, 17 ans

Pavillon P Soins Intensifs 1977
n° 21549

Albuminurie post angineuse depuis l'âge de 15 ans : glomérulo-néphrite aiguë à forme urinaire pure, suivie dans le Service du Professeur TRAEGER. Deux poussées hypertensives et d'insuffisance rénale début 1977 : la malade est dialysée et candidate à une transplantation rénale. Début mars 1977 : infection du shunt placé au pied ; septicémie à staphylocoque avec localisation pulmonaire et cérébrale.

Ventilation assistée ; crises comitiales et lésions oculaires infectieuses. Le 18 mars, pancréatite aiguë spontanée régressant en une semaine avec otite bilatérale. Le 29 mars, hématome du flanc droit évacué chirurgicalement ; reprise lente du transit. Hémorragie digestive par oesophagite au 5ème jour. Récidive hémorragique le 18 avril 1977 : la fibroscopie trouve du sang dans l'estomac mais ne peut explorer le duodénum.

- MEDIANE SUS-OMBILICALE le 19 avril 1977 au Pavillon A : l'étage sus-mésocolique est porteur de tâches de bougie anciennes. Le duodénum est distendu par un caillot. Après vagotomie tronculaire et réfection de l'angle de Hiss, pylorotomie permettant l'évacuation des caillots ; il existe 7 ou 8 ulcérations duodénales qui sont aiguillées. Pyloroplastie et épiplooplastie couvrant la suture. Drainage, fermeture en un plan.

Fistule digestive à l'ablation de la lame de drainage au 5ème jour. L'endoscopie de contrôle ne trouve pas d'hémorragie, mais la sonde gastrique ramène du liquide assez noir. Ventre très suspect de péritonite.

- REPRISE OPERATOIRE le 25 avril 1977, à travers une incision cicatrisée. Il existe un lâchage complet de la pyloroplastie ; la péritonite est nettoyée, aspirée ; il y a peu d'adhérences et de fausses membranes. Compte tenu de la récurrence hémorragique, on pratique une antrectomie avec Polya précolique. Fermeture du moignon duodénal en deux plans. Drainage par une lame et un drain de chaque côté.

Trachéotomie le jour même. Décès en état septique au 3ème jour post-opératoire.

Donc : LACHAGE DE PYLOROPLASTIE PRATIQUEE CHEZ UNE MALADE SEPTICEMIQUE ayant présenté des hémorragies du stress. Reprise rapide mais décès prévisible vu l'état septique généralisé existant depuis deux mois chez une malade en épuration extra-rénale.

OBSERVATION N° 79 HAR. Roger , 66 ans Pavillon N Réanimation Avril 1977

Malade ayant des antécédents de flutter auriculaire qui présente des hémorragies digestives basses qui font découvrir une tumeur villeuse du sigmoïde et un polype adénomateux du haut rectum. Après préparation, il est opéré dans une ville de l'Allier.

- INTERVENTION PAR LAPAROTOMIE SOUS-OMBILICALE le 20 avril 1977
Colectomie sigmoïdienne emportant la tumeur villeuse avec rétablissement idéal de la continuité. Traitement endoscopique du polype rectal.

Les suites sont simples avec reprise du transit au 5ème jour. Mais, au 6ème jour, élévation thermique, choc, douleur pelvienne.

- REINTERVENTION le 26 avril 1977 (6ème jour) : pelvipéritonite par lâchage de l'anastomose. Toilette péritonéale et extériorisation de la zone perforée en anus iliaque gauche sur baguette.

Sans les suites immédiates, détresse respiratoire avec images diffuses des deux champs pulmonaires, nécessitant l'intubation trachéale et la ventilation assistée. Le malade est transféré dans le service de réanimation du Professeur MOTIN.

Le 27 avril, plusieurs chocs septiques se succèdent. Il existe une insuffisance respiratoire aigue ($PO_2 = 53$), une anurie, et un ictère cutanéomuqueux. Il s'écoule par la médiane un liquide sagueux malodorant. Les deux orifices coliques sont perméables mais l'orifice inférieur s'est invaginé et déverse son contenu dans le grand ventre.

- COELIOTOMIE ITERATIVE en urgence, le 27 avril au Pavillon A, qui montre dès l'ouverture une péritonite généralisée dont le liquide nauséabond, abondant, est entièrement évacué. On réalise plusieurs lavages de la grande cavité péritonéale. L'examen du grêle montre en plusieurs endroits des petites zones d'infarctus, mais il est parfaitement viable. Il n'existe pas d'autre lésion viscérale. Mais, au niveau de la colostomie un énorme foyer infecté purulent s'écoule dans la gouttière pariéto-colique gauche en direction du Douglas. L'anus iliaque gauche sur baguette est refait après libération des deux jambages coliques qui sont fixés à l'aponévrose sans tension. Drainage multiple à ventre ouvert (cf page 166).

La tension artérielle est remontée de 7 à 10 pendant l'intervention. Les lavages irrigations continus du péritoine sont entrepris, le traitement antibiotique massif et l'épuration extra-rénale poursuivis. Mais, l'insuffisance respiratoire s'accroît et le malade décède au 3ème jour post-opératoire malgré une reprise de la diurèse.

Donc : PERITONITE PAR LACHAGE DE SUTURE COLIQUE AU 5 EME JOUR (E. Coli)
Malgré la reprise rapide, décès en insuffisance respiratoire irréversible.

Syndrome cholédocien opéré dans une ville de l'Isère.

- INTERVENTION le 16 mai 1977 par voie sous-costale : cholécystectomie rétrograde (un gros calcul vésiculaire). Contrôle radiologique transcystique de la voie biliaire principale : celle-ci est libre avec bon passage duodénal mais le cholédoque est un peu dilaté. Dans ces conditions, cholédocotomie, exploration instrumentale, vérification de la perméabilité du sphincter d'Oddi à la pince à cholédoque. Fermeture sur un drain de Kehr et une tuile sous-hépatique.

Les suites sont marquées par l'apparition d'un ictère flamboyant par des troubles respiratoires, une élévation de l'urée et surtout un empâtement du flanc droit avec aspect bronzé des téguments, empâtement qui descend vers la racine de la cuisse et remonte jusqu'à l'aisselle sans véritable crépitation. Le malade a été muté à Lyon pour épuration extra-rénale. Un drainage pleural gauche a permis d'évacuer un pneumothorax iatrogène (sous-clavière).

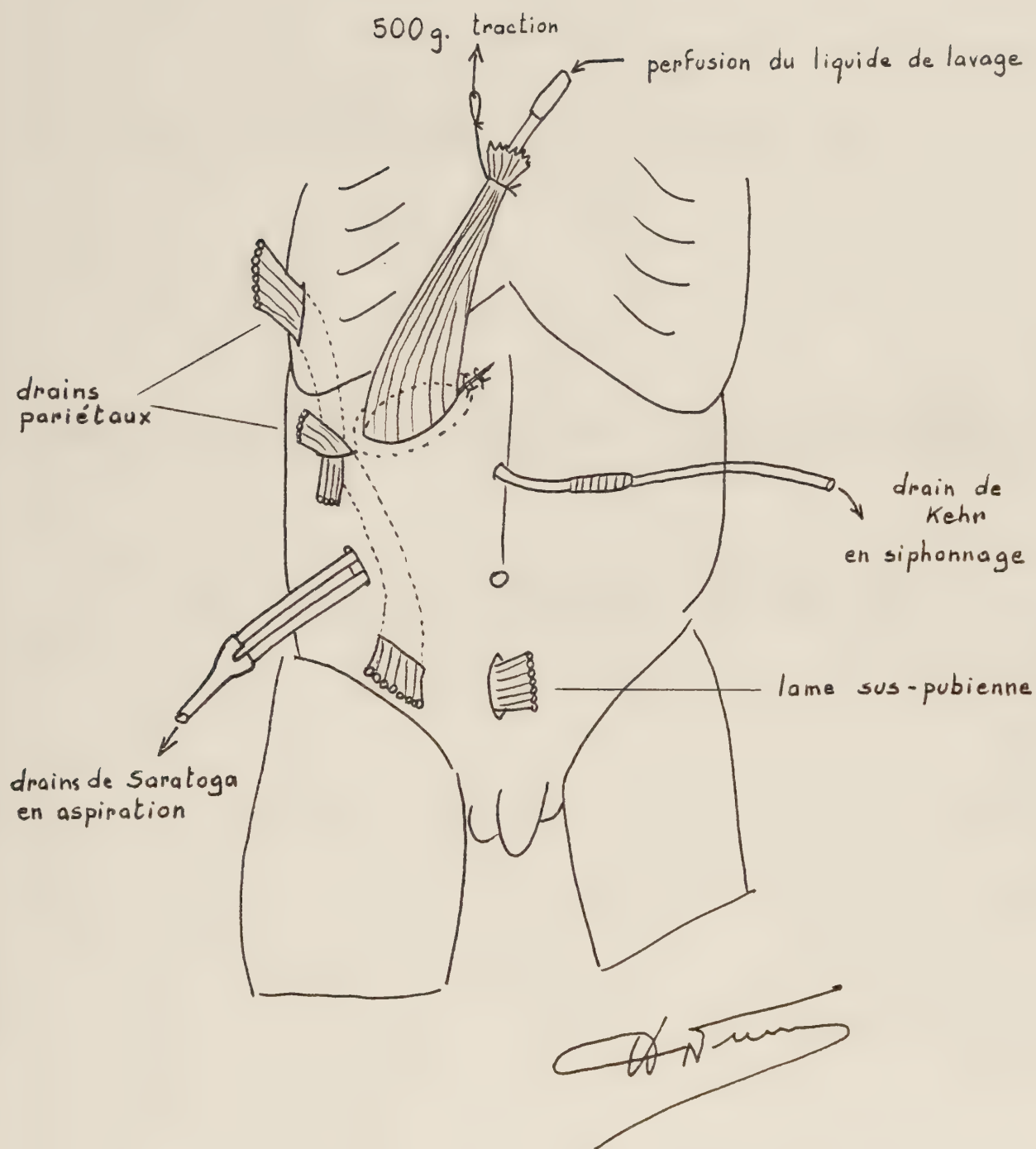
- REPRISE IMMEDIATE le 19 mai au Pavillon A (4ème jour post-opératoire). L'ablation du surjet intradermique étanche fait s'écouler du pus sagueux, malodorant, avec quelques bulles de gaz. On débride le tissu sous-cutané vers l'aisselle et vers la racine de la cuisse, ramenant en quantité de la sérosité purulente et sanglante. L'ouverture de la paroi extrêmement infectée montre une péritonite biliaire avec fausses membranes principalement collectée sous le foie mais aussi dans le Douglas. Nettoyage soigneux du péritoine à la Noxythioline. La fuite biliaire provient du lit vésiculaire. Le drain de Kehr ramène une bile purulente. Drainage multiple à ventre ouvert (cf page 165 et schéma page 90).

Si le malade est choqué en post-opératoire immédiat, il s'améliore le lendemain : apyrexie, remontée tensionnelle à 9. Lavages péritonéaux continus, traitement antibiotique massif.

- FERMETURE PARIETALE le 24 mai (5ème jour) : l'abdomen est propre, l'angle droit dénudé est recouvert par l'épiploon. Après toilette péritonéale, et vérification de la perméabilité des drains, fermeture pariétale à points totaux de bronze. Les décollements pariétaux sont appropriés.

Le 26 mai, ablation du drain pleural gauche. Episodes d'hémorragies digestives du 29 au 31 mai, avec moelenas et rectorragies, sans cause à l'endoscopie. Le 31 mai, la fonction rénale est correcte. Le 7 juin, extubation trachéale. Le 16 juin, ablation du drain de Kehr après contrôle satisfaisant. Le 28 juin, la guérison est obtenue, on peut pratiquer une reprise de paroi (éventration partielle).

Donc : PERITONITE BILIAIRE PAR FUITE DU LIT VESICULAIRE ET PARIETITE PHLEGMONEUSE (Welchia perfringens ; E. Coli) après chirurgie cholédocienne. Guérison grâce à un drainage à ventre ouvert temporaire.



Non fermeture péritonéale + lavage drainage

Obs. N° 80

Dessin original P^A Neidhardt

DEUXIEME PARTIE

ANALYSE DES DOSSIERS
ET COMMENTAIRES

Chapitre 1

DONNEES ETIOLOGIQUES

1.1 FREQUENCE

Il n'est pas possible, d'après notre étude, de préciser l'incidence de survenue des péritonites post-opératoires pour un nombre donné d'interventions pratiquées.

D'après GROSDIDIER (27), cette incidence est de 1,35 %. Nos 80 cas correspondaient donc à près de 6 000 interventions pratiquées.

Si l'on considère la fréquence par année (schéma 1 page 93); on constate une augmentation importante du nombre de cas traités dans le service au cours des deux dernières années, ce qui correspond à la réputation acquise par nos maîtres dans le traitement de ces complications post-opératoires gravissimes.

1.2 AGE - SEXE

La répartition des âges et des sexes est donnée dans le schéma 3 page 94. Toutes les tranches d'âge sont également représentées avec deux pics :

- l'un pour la tranche d'âge 20-30 ans (17 cas) pour laquelle se superposent l'étiologie traumatique (5 cas) et l'étiologie appendiculaire (6 cas).
- l'autre pour la tranche 60-70 ans (15 cas) où se situe la majorité des étiologies coliques (6 cas sur 10 colons dans la série).

La prédominance du sexe masculin (47 hommes, 33 femmes) se retrouve partout, sauf dans les deux tranches extrêmes.

1.3 ETIOLOGIE GEOGRAPHIQUE (schéma 2 page 93)

- 49 malades ont été traités en "seconde main" dans le service.
- . 14 malades provenaient de la région lyonnaise : 9 cas sont passés au préalable par un service de réanimation, 5 cas seulement sont venus directement.
- . 35 malades provenaient des départements voisins (Loire, Haute-Loire, Ain, Allier, Savoie, Haute-Savoie, Drôme, Ardèche, Isère) : 30 cas par l'intermédiaire d'un service de réanimation, 5 directement.

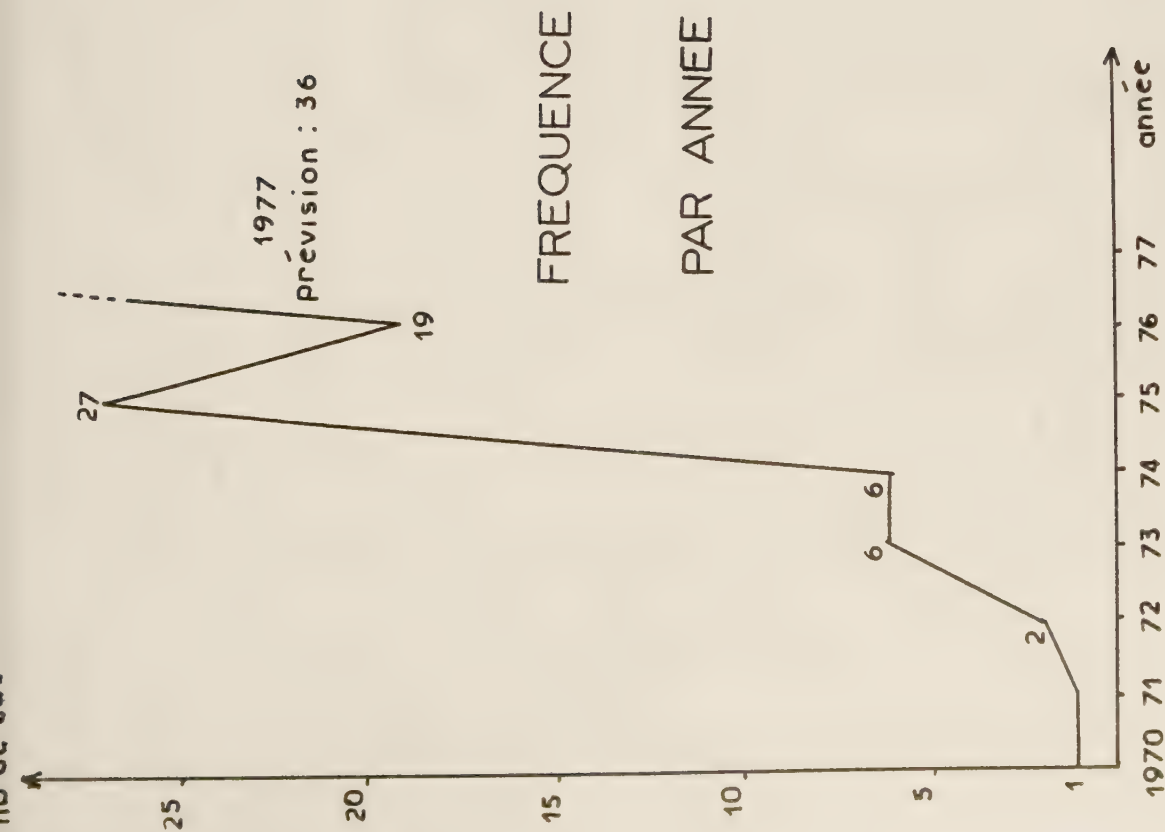
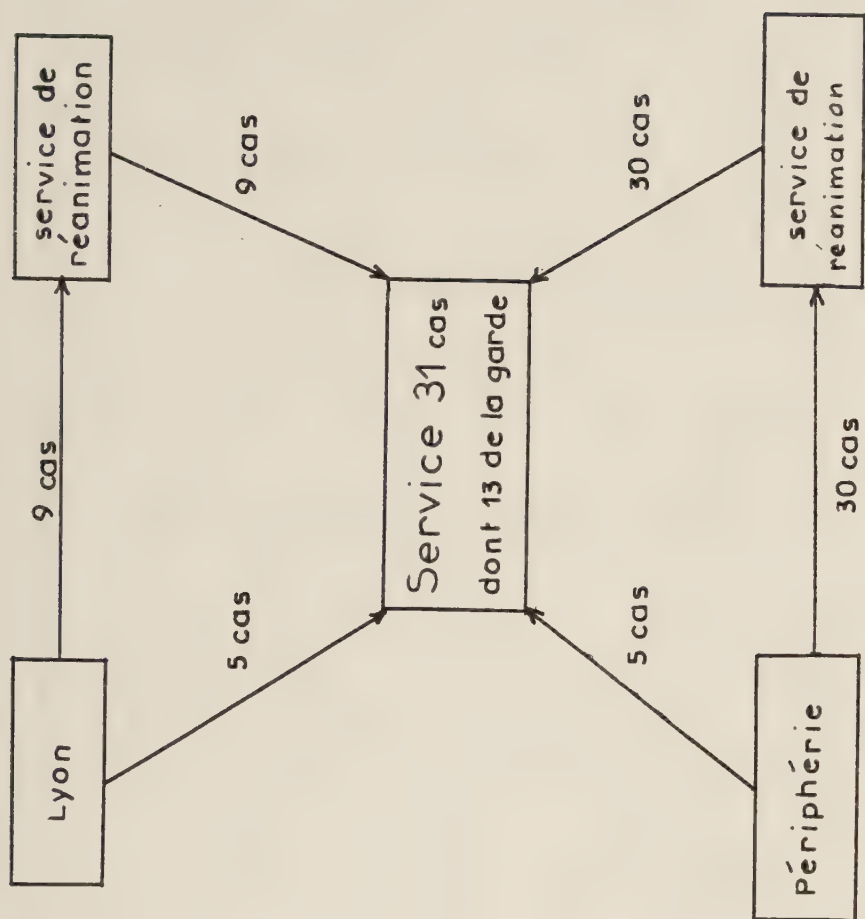
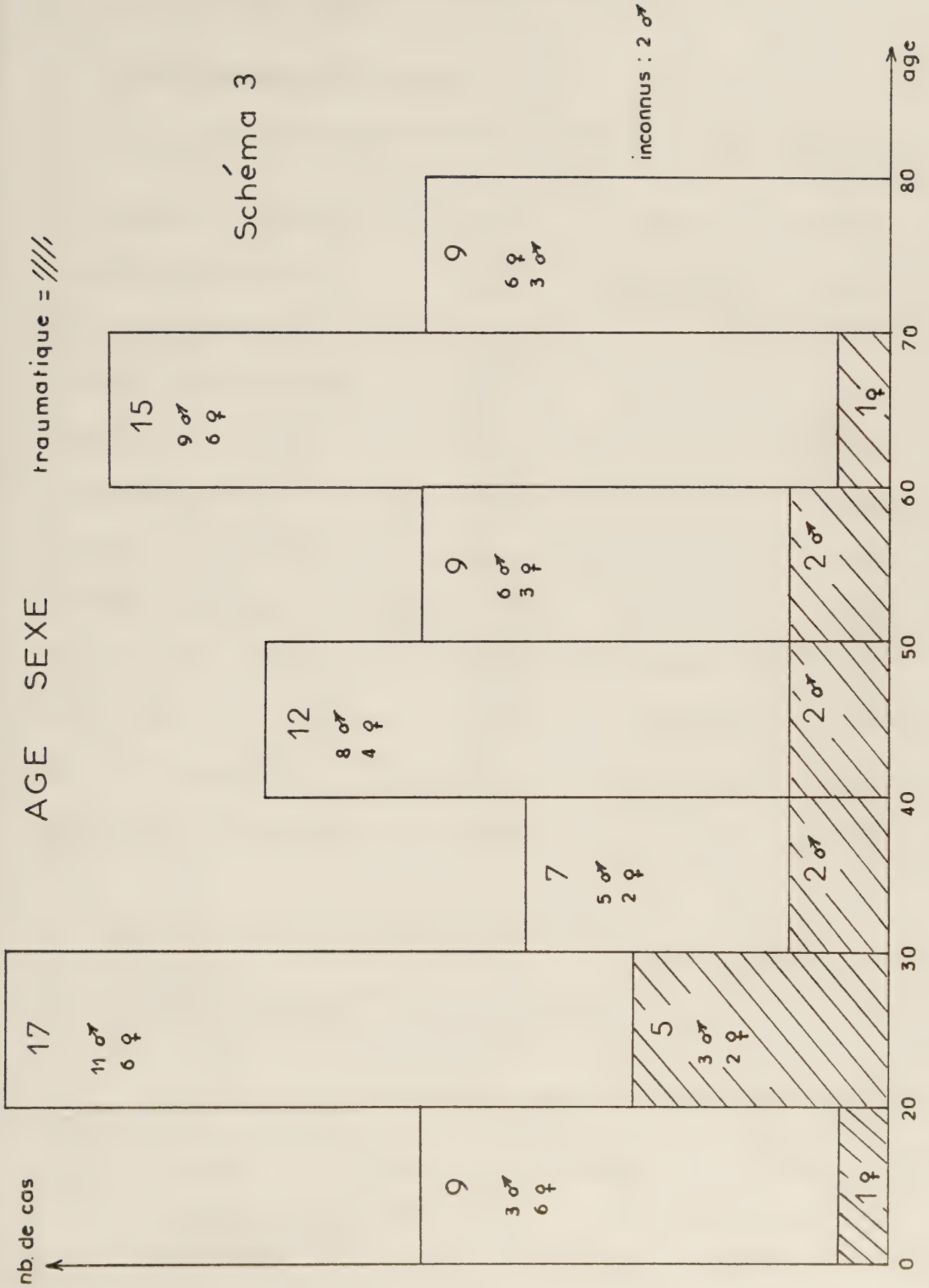


Schéma 1



ETIOLOGIE GEOGRAPHIQUE

Schéma 2



- 31 malades provenaient du service (Pavillon A) et parmi eux, 13 ont été opérés à la garde au départ.

1.4 FACTEURS FAVORISANTS ET ASSOCIES

1.4.1 En ce qui concerne les antécédents, les malades de notre série présentaient :

Aucun antécédent particulier	31 fois	11 guérisons	20 décès
Maladie cardio-vasculaire	6 fois	1 guérison (IM post RAA)	5 décès
Hypertension artérielle	7 fois		7 décès
Diabète et maladie endocrine	2 fois		2 décès
Obésité	2 fois		2 décès
Imprégnation éthylique	7 fois		7 décès
Insuffisance rénale chronique	5 fois	1 guérison (1)	4 décès
Insuffisance respiratoire chronique	9 fois	1 guérison (2)	8 décès
Antécédents neurologiques	4 fois	1 guérison (3)	3 décès
Maladie ulcéreuse	5 fois	1 guérison (4)	4 décès
Antécédents chirurgicaux	4 fois	2 guérisons(5)	2 décès
Pathologie de la grossesse et du post-partum	2 fois		2 décès

(1) = greffe rénale sur glomérulo-néphrite chronique

(2) = tuberculose ancienne, non évolutive

(3) = épileptique

(4) = perforation d'ulcère duodénal calleux

(5) = une opérée du crâne guérie sur le plan abdominal
= une hystérectomie totale pour néo du col.

1.4.2. Dans les étiologies traumatiques abdominales, le polytraumatisme affectait en outre :

- le crâne	3 cas	1 guérison (6)	2 décès
- le thorax (volet, 10 cas hémithorax, plaies pulmonaires)			10 décès

- le bassin (fracture)	3 cas		3 décès
- les membres	7 cas	2 guérisons (7)	5 décès
- la colonne	1 cas		1 décès

(6) = malgré un traumatisme crânien avec coma et fracture fermée du fémur

(7) = deux fractures fermées du fémur

1.5 ETIOLOGIE D'ORGANE

Nous avons distingué dans notre série deux grands groupes :

- les étiologies traumatiques : 14 cas, soit 18 % des cas
- les étiologies non traumatiques : 66 cas, soit 82 % des cas

1.5.1 Etiologies non traumatiques (schéma 4, page 97)

1.5.1/1 Ce tableau met en évidence la prédominance numérique de l'appendicectomie : 14 cas, dont 12 ont déjà été étudiés dans la thèse de PEGAZ (66) (Obs. n° 2,3,8,18,32,36,40,41,52,53,54,60,67 et 69).

La survenue de péritonites généralisées après appendicectomie reste cependant rare étant donné le nombre d'interventions pratiquées (plus de 1 200 par jour, en France).

Il s'agit cependant de la plus fréquente des complications graves de cette opération ; d'après PEGAZ, sur 25 cas, 19 péritonites post-opératoires :

25 complications graves

. péritonites généralisées	14 cas
. péritonites cloisonnées	5 cas

1.5.1/2 Contrairement aux notions classiques, le grêle vient en deuxième position, avant l'étiologie colique : 11 cas, répartis ainsi :

		N° des observations
Entéropathie nécrosante avec résection	3 cas	24,48, 70
Infarctus iléo-mésentérique, résection	2 cas	42, 73
Occlusion mécanique dont un volvulus avec résection	2 cas	14, 50
Réintégration d'une anse étranglée dans une hernie crurale	1 cas	37
Perforation diastatique sur pariétorraphie	1 cas	38

ETIOLOGIE D ORGANE

Non traumatique 66 cas 82%

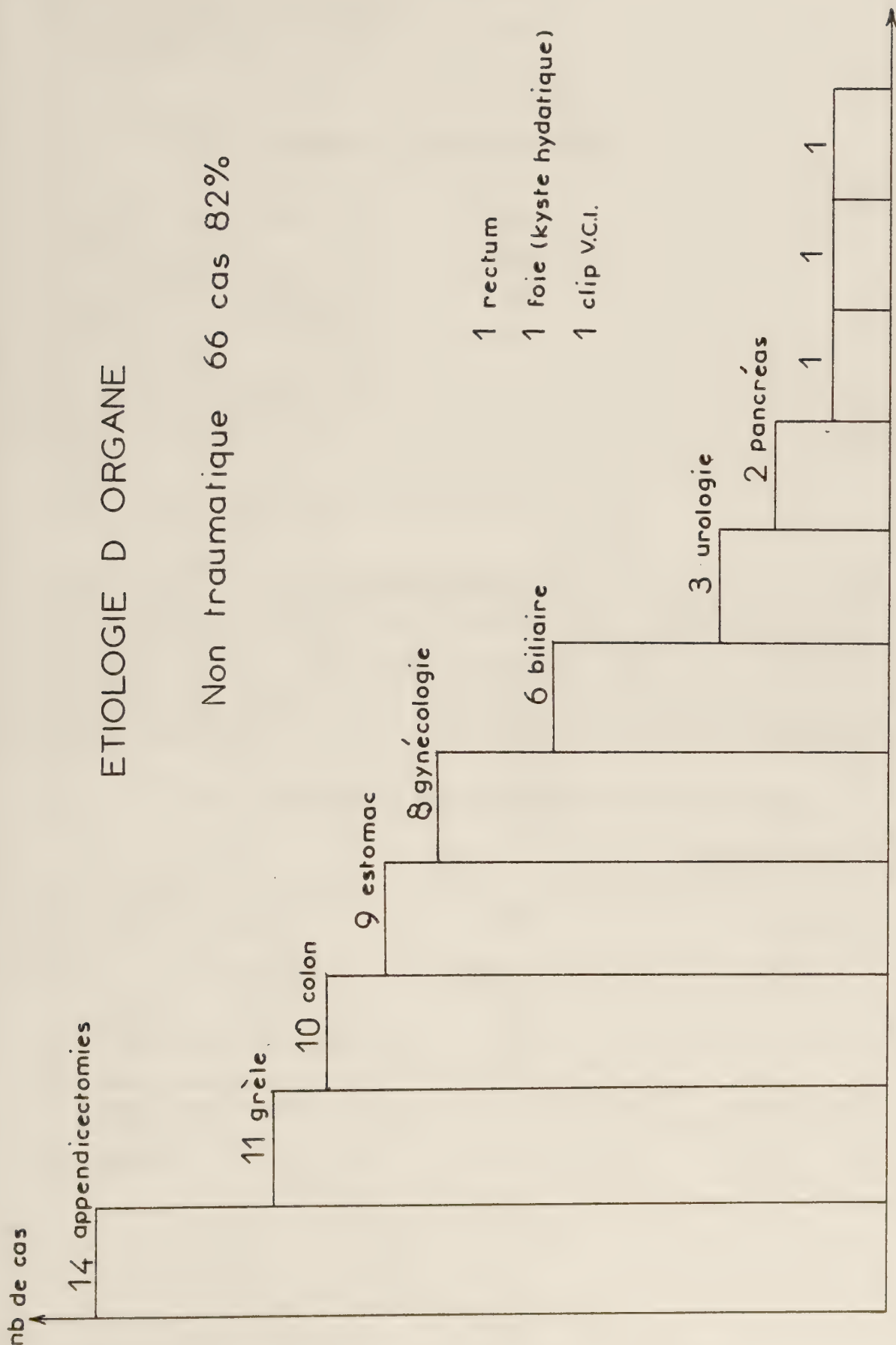


Schéma 4

type de chirurgie

Résection de diverticule de Meckel	1 cas	68
Duodénotomie pour évacuation de caillots dans une hémorra- gie du stress	1 cas	74

1.5.1/3 Le colon est en cause 10 fois :

		N° des observations
Tumeurs du colon droit	2 cas	45, 62
Tumeur coecale	1 cas	49
Tumeur villeuse sigmoïdienne	1 cas	79
Sigmoïdite et perforations diverticulaires	3 cas	7, 39, 47
Perforations multiples médi- camenteuses (corticoïdes)	1 cas	34
Entérite nécrosante étendue au grêle	1 cas	28
Abcès du mésosigmoïde perforé	1 cas	27

1.5.1/4 La chirurgie rectale n'est en cause qu'une seule fois dans notre série, au contraire des séries parisiennes : LOYGUE dans la thèse de LAIGNEAU, sur 45 cas de péritonites généralisées compulse 10 cas de lâchages d'anastomoses colorectales (44). Ceci provient du fait que l'école lyonnaise utilise le plus souvent l'amputation abdomino-périnéale technique de sécurité qui supprime toute anastomose intra-abdominale. Dans notre seul cas, il s'agit d'une amputation abdomino-périnéale pour cancer rectal, avec nécrose du colon terminal d'origine vasculaire (observation n° 56).

1.5.1/5 La chirurgie gastro-duodénale intervient 9 fois :

		N° des observations
Gastro-entéro-anastomose pour ulcère duodéal	3 fois	6, 35, 75
Suture d'ulcère perforé duodéal	2 fois	4, 58
Pyloroplastie + Dragstedt (pour hémorragies du stress)	2 fois	72, 78
Gastroduodénectomie pour ul- cère postérieur térébrant dans le pancréas	1 fois	16
Gastrostomie	1 fois	65

1.5.1/6 La chirurgie gynécologique intervient 8 fois :

		N° des observations
Pyosalpinx ou salpingite	3 fois	19, 66, 44
Kyste de l'ovaire compliqué	2 fois	17, 30
Hystérectomie totale pour cancer du col + cobalto-thérapie	1 fois	63
Prolapsus traité par voie basse	1 fois	15
Césarienne	1 fois	25

1.5.1/7 La chirurgie biliaire intervient 6 fois :

		N° des observations
Cholecystopathie de choc non lithiasique	2 fois	1, 11
Cholecystectomie pour lithiasie	2 fois	43, 71
Lithiasie cholédocienne	1 fois	80
Ulcération vésiculaire iatrogène après laparotomie exploratrice	1 fois	59

1.5.1/8 Parmi les causes rares, notre série comporte : 3 cas après chirurgie urologique (1 Millin (observation n° 26 ; 1 colocystoplastie pour tumeur de vessie (observation n° 46) ; 1 greffe rénale (observation n° 64)).

Un cas après chirurgie hépatique (résection du dôme saillant d'un kyste hydatique, observation n° 5).

Un cas après pose d'un clip sur la veine cave inférieure pour embolies (observation n° 77).

1.5.2 Etiologies traumatiques (schéma 5, page 100)

1.5.2/1 Les péritonites après splénectomie interviennent 7 fois (observations n° 9, 10, 20, 29, 31, 33, 55), associées avec

- des plaies hépatiques suturées	1 fois	Observation N° 9
- une dégastragastrectomie	1 fois	Observation N° 10
- néphrectomie	1 fois	Observation N° 20

Par opposition, on ne trouve aucune péritonite généralisée après hépatectomies partielles ou sutures de plaies hépatiques sur une série de 300 cas environ de ruptures hépatiques et autant de ruptures spléniques traitées dans le service.

1.5.2/2 Les autres causes sont plus rares :

		N° des observations
Rupture traumatique de bandelettes coliques dont une associée à une rupture diaphragmatique (obs. 51)	2 fois	23, 51
Rupture traumatique de vessie	1 fois	61
Rupture traumatique du pancréas	1 fois	21
Laparotomie exploratrice post-traumatique	1 fois	13

Il faut remarquer que les traumatismes du grêle ne sont jamais en cause.

1.5.2/3 Enfin, nous isolons ici dans un cadre particulier deux cas de péritonite post-opératoires généralisées après chirurgie extra-abdominale :

- une fois après ostéotomie du genou pour genu valgum ; la cause était une pancréatite aiguë post-opératoire (observation n° 12)
- une fois après ostéosynthèse de jambe pour fracture ouverte. Cause indéterminée (observation n° 76).

1.6 L'INTERVENTION INITIALE

Nous avons analysé lors de l'intervention initiale : les voies d'abord, les gestes opératoires, les drainages, la couverture antibiotique utilisée. Nous étudions quelques relations entre ces éléments et la survenue ultérieure d'une péritonite post-opératoire.

1.6.1 Voies d'abord : Elles se répartissent ainsi

Laparotomie médiane sus-ombilicale	18 fois
Laparotomie médiane sous-ombilicale	19 fois
Laparotomie médiane à cheval	24 fois
Mac Burney	14 fois
Thoracophréno-laparotomie (observation n° 9)	1 fois
Divers	15 fois

Plusieurs malades ont donc été opéré plusieurs fois par des voies différentes avant de constituer la péritonite post-opératoire : par exemple : Mac Burney + laparotomie médiane.

Parmi les voies d'abord diverses, on note :

		N° des observations
Voie sous-costale	4 fois	45, 51, 60, 80
Para-rectale, Champeau	4 fois	35, 36, 43, 49
Incision iliaque	3 fois	37, 50, 64
Pfannenstiel	1 fois	25
Voies d'abord sur les membres inférieurs	2 fois	12, 76
Voie périnéale	1 fois	15

Nous reverrons les problèmes posés par ces voies diverses lors de la réintervention.

1.6.2 Le geste opératoire

1.6.2/1 Exploration simple - Drainage : 2 cas (observations 1 et 59)

La péritonite post-opératoire est survenue une fois par perforation d'une cholécystopathie de choc (observation n° 1), une autre fois de cause inconnue (observation n° 59).

1.6.2/2 Défaut d'exploration ou mauvaise estimation des lésions.

Nous l'avons relevé 6 fois et il nous paraît instructif d'en donner le détail :

- observation n° 13 : laparotomie exploratrice après traumatisme abdominal. Hématome du mésentère. Drainage par une tuile. Péritonite secondaire par nécrose duodénale méconnue.

- observation n° 19 : Mac Burney : abcès pelvien + pyométrite.
Reprise au 11ème jour, découverte d'une masse pelvienne qui n'est pas explorée et évacuation-drainage d'un abcès sous-phrénique. Péritonite secondaire par pyosalpinx perforé méconnu.

- observation n° 23 : laparotomie exploratrice après traumatisme : rupture de bandelette colique. Drainage au contact par une lame de Yeats. Péritonite secondaire par perforation colique à minima inaperçue.

- observation n° 25 : césarienne. Reprise le même jour pour hémostase par un opérateur différent : ligature des vaisseaux utéro-ovariens alors que le pédicule lombo-ovarien était déjà lié. Péritonite secondaire par nécrose d'annexe.

- observation n° 40 : tableau douloureux abdominal avec ictère. Intervention sur la vésicule avec découverte d'une péritonite diffuse ; un drain de Kehr dans le cystique. Drainage. Trois jours après, découverte de l'abcès appendiculaire méconnu.

- observation n° 68 : tableau abdominal douloureux : "aspect infarctoïde du grêle" ; réintégration. Péritonite secondaire par perforation d'un diverticule de Meckel méconnu.

1.6.2/3 Appendicectomie pratiquée 16 fois :

		N° des observations
Lâchage de la bourse d'en-	3 fois	2, 18, 53
fouissement		
Lâchage du moignon	2 fois	52, 60
Abcès résiduels	5 fois	32, 36, 40, 41, 54
Hémorragie coecale ; propa-		
gation de suppuration parié-	1 fois	8
tale		
Occlusion du grêle, résec-	1 fois	67
tion, lâchage de suture		

Pas en cause directement dans la péritonite :

2 fois (une fois au cours d'une greffe rénale (observation n° 64),
une fois au cours d'une intervention gynécologique (observa-
tion n° 44)).

Résection intestinale associée : lâchage de suture ;

2 fois (une fois iléo-iléale (observation n° 69),
une fois iléo-colique (observation n° 3)).

1.6.2/4 Sutures digestives

(tableau page suivante)

<u>TYPE</u>	<u>NBE DE FOIS</u>	<u>N° des observations</u>	<u>Lâchages</u>	<u>N°</u>	<u>Sutures en milieu septique (péritonite)</u>
Gastro-entéro-anastomose	5	6, 10, 15, 35, 75	1	10	
Pyloroplastie	2	72, 78	2		
Suture d'ulcère perforé et perforation gastrique	4	4, 20, 58, 65	1	58	
Duodénopancréatectomie céphalique	1	21	1		
Suture du grêle terminale	6	17, 24, 38, 42, 67, 73	5	17, 24, 38, 42, 67	3 (17, 24, 73)
Entéroromie de vidange	4	48, 50, 59, 74	2	50, 74	1 (59)
Suture grêle-colon	6	3, 14, 41, 45, 49, 62	5	14, 41, 45, 49, 62	2 (41, 62)
Suture colo-colique	1	51	0		
Suture sur le sigmoïde	4	34, 47, 63, 79	2	47, 79	2 (34, 63)
Moignon duodénal	5		2	6, 16	
<u>TOTAL</u>	38		22	dont	4 / 8 en milieu septique

16 sutures digestives pratiquées n'ont pas lâché et ne sont pas la cause de la péritonite post-opératoire.

1.6.2/5 Splénectomies pratiquées 9 fois (observations n° 9, 10, 11, 20, 29, 31, 33, 55, 72) ; elles ont donné lieu à 4 hémopéritoinies infectées (observations n° 9, 31, 33, 55).

1.6.2/6 Hépatectomies et sutures hépatiques pratiquées 4 fois n'ont donné aucun hémopéritoine infecté (observations n° 5, 9, 20, 61).

1.6.2/7 Cholécystectomies pratiquées 8 fois :

		N° des observations
Pas en cause dans la péritonite post-opératoire	4 fois	5, 21, 22, 35
Lâchage du moignon cystique	2 fois	11, 43
Fuite biliaire par le lit vésiculaire	1 fois	80
Péritonite de cause inconnue	1 fois	71

1.6.2/8 Sutures intéressant la vessie ; sur les 5 cas de notre série (observations n° 11, 17, 46, 61, 64), on compte 3 lâchages :

- observation n° 17 : plaie iatrogène suturée + cystostomie
- observation n° 46 : colocystoplastie
- observation n° 61 : plaie traumatique suturée sans cystostomie

Les deux autres n'ont pas lâché ; il s'agissait :

- d'une réparation de rupture d'urètre traumatique avec taille vésicale suturée + cystostomie (observation n° 11).
- d'une greffe rénale avec réimplantation urétérale (observation n° 64)

1.6.2/9 Abouchements à la peau

		N° observations
Cholecystostomies	2	7, 57
Anus iliaque gauche	4	17, 63, 66, 79
Anus transverse	4	27, 34, 56, 70
Cystostomies	2	11, 17
Iléostomie terminale	1	41
Gastrostomie	3	20, 65, 72

dont 2 ont lâché causant la péritonite post-opératoire (observations N° 20 et 65)

1.6.3 Le type de drainage

	Nombre de cas	Lâchage de suture consécutif	abcès résiduels
Pas de drainage	10	1	2
Mèche, lame ou tube	28	8	
Drainage multiple	34	8	5
Drainage aspiratif	21	7	1

1.6.4. L'antibiothérapie post-opératoire

Standard	49
Changée plus de 2 fois	3
Aucun	2
Non précisée	20

Plus des deux tiers des péritonites post-opératoires de notre série avaient reçu une antibiothérapie dite de "couverture", après l'intervention initiale.

Chapitre 2

PATHOGENIE LOCALE

Nous n'envisageons pas ici les problèmes physiopathologiques généraux qui accompagnent la péritonite post-opératoire.

Sur le plan local, nous allons considérer :

- la cause anatomique de la péritonite post-opératoire qui est trouvée de façon précise dans tous les cas ou presque.

- le mécanisme de diffusion à l'ensemble de la cavité péritonéale.

- l'état péritonéal lors de la réintervention.

2.1 CAUSES DE LA PERITONITE POST-OPERATOIRE (schéma 6 , page 108)

Nous avons relevé 110 causes de péritonites pour 80 dossiers, plus 15 récidives de péritonites post-opératoires, plus 15 causes doubles.

Si le lâchage de suture est la cause la plus fréquente (30 cas), il ne représente qu'une peu plus de 1/4 des causes (schéma 7, page 109)

	<u>NBE DE CAS</u>	<u>N° OBS.</u>	<u>Guérison</u>
Anastomose termino-terminale sur le grêle	6 cas	17, 24, 38, 42, 67, 69	0
Entérotomie de vidange	2 cas	50, 54	1(50)
Sutures latérales du grêle	3 cas	19, 24, 68	0
Moignon duodénal	3 cas	6, 16 x 2	0
Pyloroplasties	2 cas	72, 78	0
Duodénotomies	2 cas	58, 74	0
Anastomoses iléo-transverses termino-terminales	4 cas	41, 45, 49, 62	1 (4)
Jéjunocolique	1 cas	14	0
Anastomose sigmoïdienne	3 cas	47, 66, 79	1(47)
Colocystoplastie	1 cas	46	0
Gastro-entéro-anastomose	1 cas	10	0
Cholédoco-duodénale	1 cas	21	0
Suture de la vésicule biliaire	1 cas	61	1(61)

LACHAGES DE SUTURES DIGESTIVES

30 cas 27% des causes locales

////,guérison

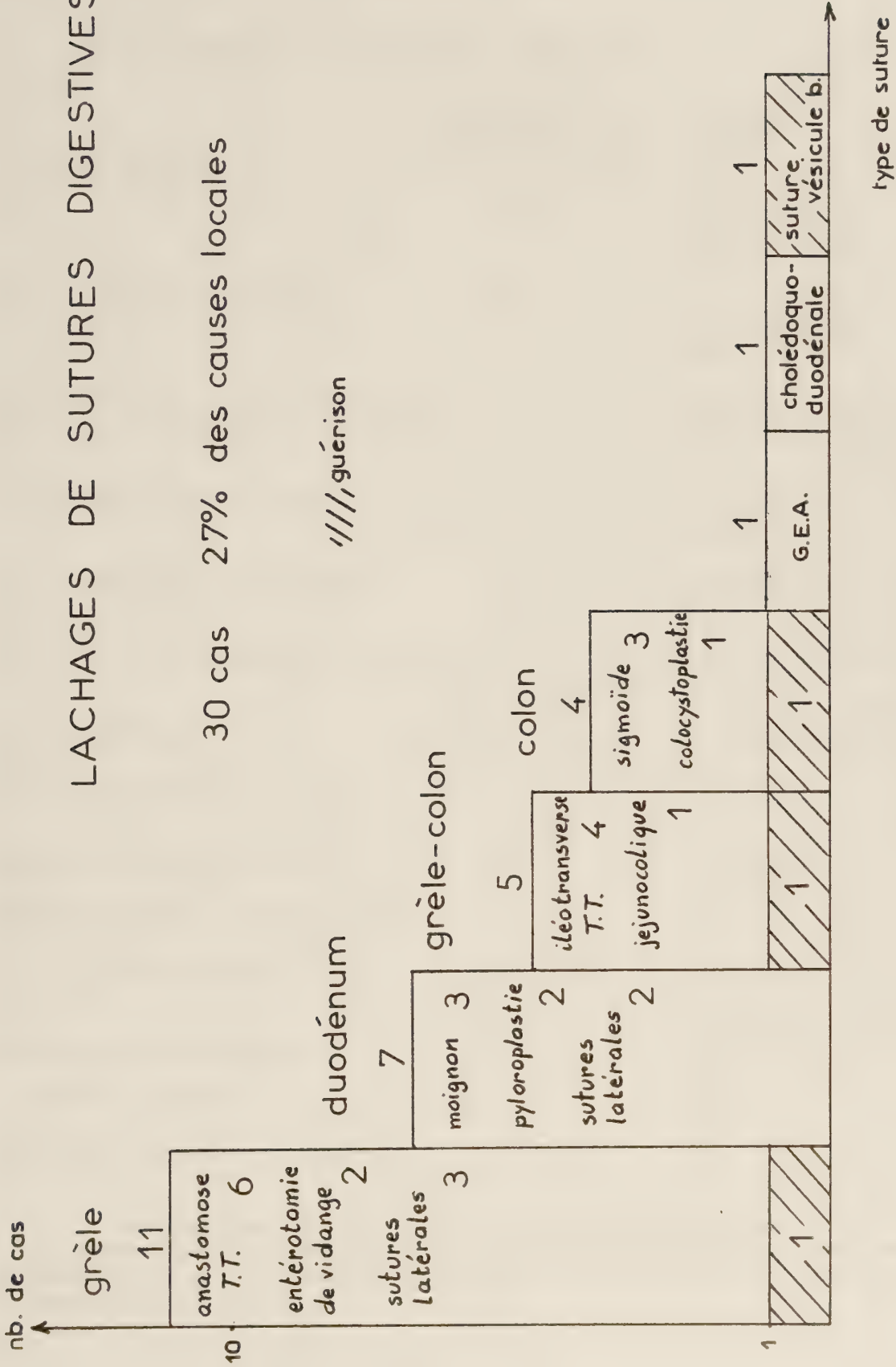


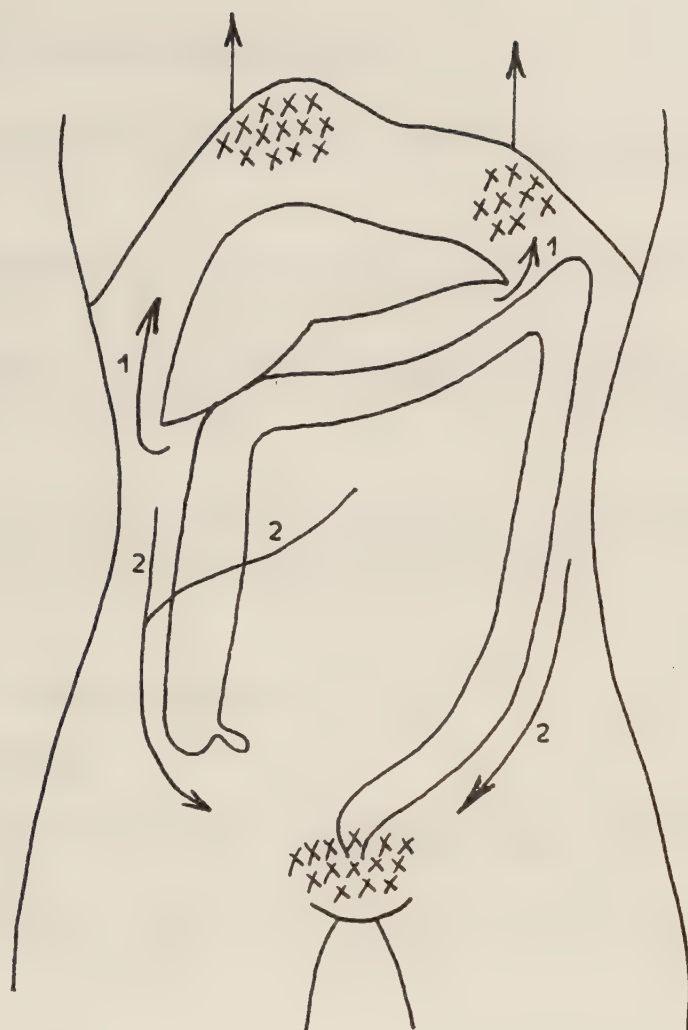
Schéma 7

Le pronostic est moins bon que la moyenne, probablement du fait de la souillure péritonéale massive et réitérée qui en résulte.

Les causes les plus fréquentes sont ensuite :

	<u>NBE DE CAS</u>	<u>N° OBS.</u>	<u>Guérisons</u>
Les abcès résiduels	13	5, 8, 22, 27 32, 36, 40, 41 54, 56, 59, 66 75	2 (36,59)
Les perforations viscérales	11	4, 7, 24, 34, 37,55,58,66 68,70,75	2 (4,55)
Les suppurations extra-péritonéales propagées au péritoine	11	8,20,28,30,44, 51,64,65,77x2, 79	4 (30,44, 64,65)
Les hémopéritonites infectés	9	9,15,26,31,33, 35,41,55,68	2 (31,55)
Les entéropathies nécrosantes	7	24,39,43,44,48, 57,70	2 (44,48)
Les nécroses par dévascularisation	7	3,13,25,42,56x2 73	1(25)
Les pancréatites	5	12,22,29,33,57	1(22)
Les cholecystopathies de choc (non lithiasiques)	3	1, 46, 63	1(63)
Les fuites biliaires dont deux lâchages de moignon cystique	3	11, 43, 80	1(80)
Les ulcérations viscérales au con- tact d'un drain (colon, vésicule)	2	5, 59	1(59)
Les lâchages du moignon appen- diculaire	2	52, 60	1(52)
Les syndromes du 5ème jour	3	2, 18, 53	1 (2)
Un pyosalpinx méconnu	1	19	
Des plaies viscérales iatrogènes	1	17	

Au total, sur 95 cas de péritonites post-opératoires, il n'y a que 2 cas où la réintervention n'a pas trouvé de cause anatomique précise. Dans ces cas exceptionnels, on peut annoncer un processus d'ensemencement d'origine hématogène (observations n° 28 et 76).



Facteurs mécaniques de la
diffusion en péritoine libre

1 courants ascendants

2 // descendants

XXX zones de collection (sujet couché)

Schéma 8

2.2 MECANISME DE DIFFUSION PERITONEALE

Les péritonites généralisées que nous étudions sont des péritonites dites combinées, à la fois :

- bactériennes par inoculation massive de germes à partir d'un foyer retrouvé anatomiquement 93 fois sur 95.
- chimiques par déversement de liquide intestinal (acide chlorhydrique, pepsine, bile, enzymes pancréatiques) ou par production locale de toxines bactériennes.

La diffusion péritonéale va résulter à la fois des facteurs mécaniques de distribution du liquide dans la cavité péritonéale, et des facteurs inflammatoires dus à la réaction de défense du péritoine.

2.2.1 Facteurs mécaniques

2.2.1/1 Classiquement

Au début de l'inoculation, alors que le péritoine est libre, non accolé, la distribution des liquides se fait suivant des courants ascendants et descendants (schéma 8 page 111).

Il existe deux zones de collections préférentielles chez le sujet couché : les coupes diaphragmatiques et le petit bassin. C'est là que les drains sont le plus efficaces.

2.2.1/2 Dans les péritonites généralisées

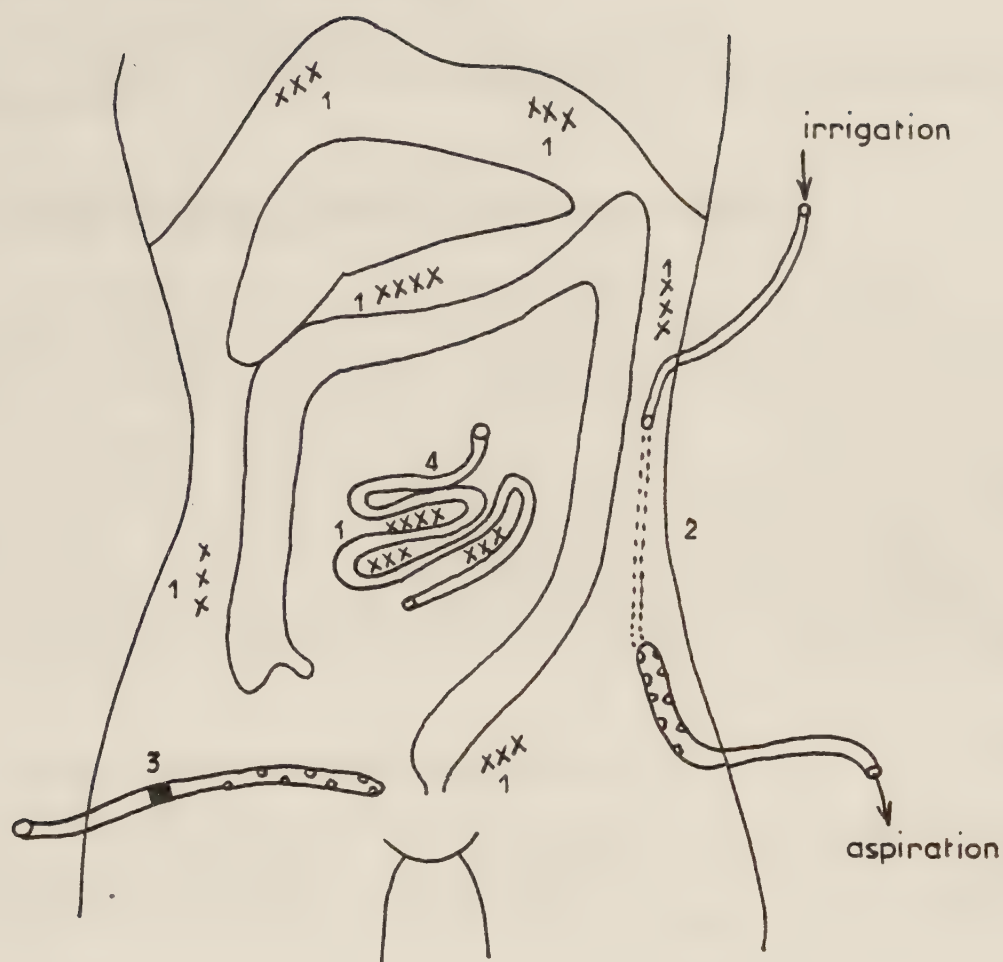
L'inoculation massive produit une réaction exudative qui aboutit à un dépôt fibreux contenant des polynucléaires et des germes en grande quantité. L'observation du contenu abdominal dans les cas de non fermeture du péritoine (cf p. 166) nous a permis de constater :

- sa rapidité de formation en quelques heures. Il peut devenir épais réalisant de véritables "couennes".

- l'adhérence extrême de ce dépôt au péritoine pendant plusieurs jours. Cette adhérence diminue ensuite, permettant "l'épluchage" et le nettoyage des anses intestinales.

- l'accolement rapide qui aboutit à la création de trajets préférentiels en 24 heures pour les liquides de lavage : l'irrigation devient inefficace, ignorant des masses accolées d'anses grêle contenant des abcès multiples.

La mécanique péritonéale normale est ainsi totalement modifiée (schéma 9 page 113).



Facteurs mécaniques de diffusion péritonéale au stade exsudatif

- 1 xxx zones de collection multiples
- 2 --- trajets préférentiels directs
- 3 obturation rapide des drains
- 4 magmas d'anses grêles en iléus

Schéma 9

2.2.2 Facteurs inflammatoires

La réaction inflammatoire de défense du péritoine inoculé massivement conduit à la formation d'un exsudat adhérent riche en fibrine et en phagocytes. Sa présence provoque :

2.2.2/1 Une altération des fonctions d'échanges du péritoine (Madame PICHER ROCHE (71)

- la sécrétion péritonéale est perturbée du fait d'un oedème du tissu conjonctif sous-péritonéal facteur de choc par hypovolémie, en même temps que les altérations capillaires permettent une exhémie plasmatique vers la cavité péritonéale. Les antibiotiques par voie générale diffusent moins bien.

- l'absorption péritonéale est aussi modifiée : l'absorption bactérienne qui se fait essentiellement par voie lymphatique est diminuée par un phénomène de compétition avec d'autres éléments particuliers. L'absorption des électrolytes et toxines (substances de poids moléculaires inférieurs à 2 000) se fait par voie sanguine, surtout par le système porte : d'où l'intérêt de l'irrigation lavage péritonéale qui permet une rééquilibration des troubles hydroélectriques et lorsque les antibiotiques sont utilisés dans le lavage, leur absorption est rapide.

2.2.2/2 Une modification des facteurs mécaniques

Les adhérences généralisées, la constitution de trajets préférentiels des écoulements, le cloisonnement de clapiers multiples, l'iléus, l'inefficacité du drainage, qui en résultent, nous paraissent être les éléments déterminants qui vont influencer l'évolution locale de ces péritonites.

Différents moyens ont été employés pour tenter d'améliorer la circulation péritonéale et de limiter les accolements : la trypsine par IVASHKEVICH (34) l'héparine par VOLOSHINA (92) ; la streptokinase en lavage continu par MUKE (59) ; nous avons essayé le mélange Rhéomacrodex + héparine. Aucun de ces moyens ne paraît réellement efficace.

2.3 L'ETAT PERITONEAL

Dans notre série, tous les types de péritonites sont représentés (schéma 10, page 115). Les aspects les plus souvent rencontrés sont :

	<u>N° DES OBS.</u>	<u>NBE</u>	<u>GUERISONS</u>
Puriforme		25 fois	7 (2,25,30,31,36, 48,65)
hémorragique		16 fois	4 (4,29,55,61)
stercoral	14,17,45,46,47, 49,56,66,67,79	10 fois	2 (47,49)
épanchements louches	10,12,22,23,37, 44x2,57,58,79	10 fois	2(23,44)

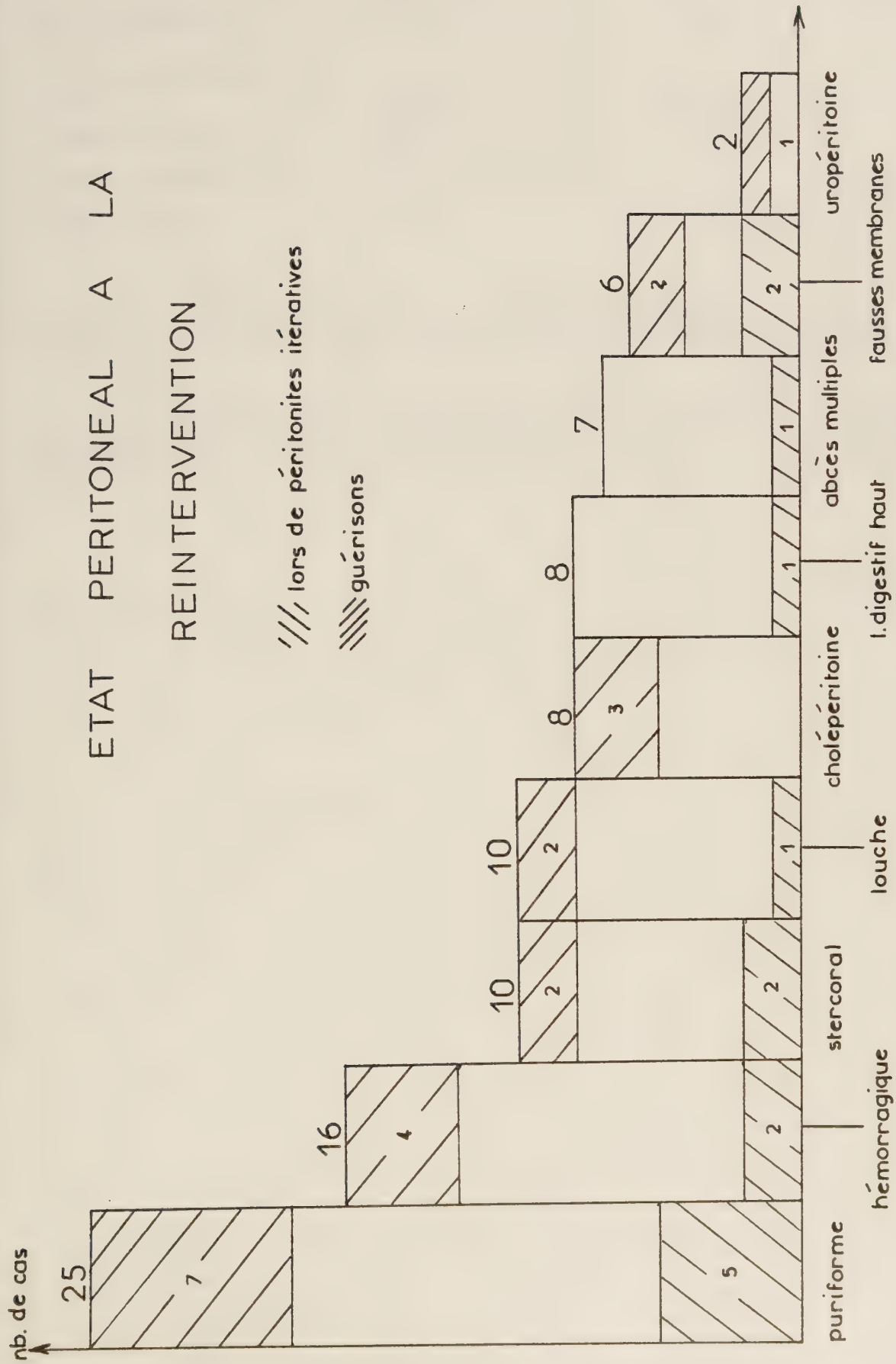


Schéma 10

	<u>N° DES OBS.</u>	<u>NBE</u>	<u>GUERISONS</u>
cholépéritoinies	6,11,21,43,59,63, 71,80	8 fois	3 (59,63,80)
épanchement digestif haut	13,16x2,21,24,38, 73,78	8 fois	0
abcès multiples	5,8,18,32,40,41,59	7 fois	0
fausses membranes	42,50,52,53,56,66	6 fois	2 (50,52)
uropéritoinies	17, 64	2 fois	1 (64)

L'aspect de la péritonite influence le pronostic : on note dans notre série qu'il n'y a aucune guérison en cas d'abcès multiples ou d'épanchements digestifs hauts.

En ce qui concerne la péritonite fécale, son pronostic est désastreux, contrairement à l'avis de HOLLENDER (30) qui, sur 30 cas obtient 40 % de guérisons. Dans notre série, deux guérisons sur 10 (observations n° 47 et 49), soit nettement moins que la moyenne de la série.

Chapitre 3

DONNEES

CLINIQUES

3.1 LES SIGNES GENERAUX

La plupart des malades de notre série sont dans un état général gravissime dû à un état septique majeur qui se combine à des problèmes d'insuffisance respiratoire, rénale, hépatique, et cardio-vasculaire eux-mêmes bien souvent conséquence des phénomènes septiques. Nous allons envisager ces signes généraux par ordre de fréquence dans notre série, avant d'étudier les principales associations symptomatologiques rencontrées.

3.1.1 La fièvre

C'est le signe le plus fréquent. Sur 80 cas, nous avons colligé 61 malades présentant une température supérieure à 38° (76 %). Ce signe est cependant inconstant en particulier dans les septicémies à germes gram négatifs. Ainsi, 9 malades n'avaient pas de fièvre (observations n° 27, 30, 32, 34, 42, 43, 47, 49 et 78). La température élevée a été un signe déterminant pour le diagnostic 19 fois (schéma 11 page 118). Elle peut affecter tous les types, mais le plus souvent oscillante avec des clochers fébriles, frissons et sueurs.

3.1.2 Le choc septique

Etat d'insuffisance circulatoire aiguë avec altération précoce de la fonction myocardique, il associe à une chute de la pression artérielle en dessous de 8, des modifications circulatoires périphériques. Leur aspect typique est constitué par les marbrures périphériques.

A côté de ce choc "froid", caractérisé par l'état de vasoconstriction périphérique, il existe un choc "chaud" avec vasodilatation périphérique et débit cardiaque élevé.

Nous avons noté ce choc 41 fois (51 %) et il a été déterminant pour le diagnostic 15 fois (schéma 11, page 118).

3.1.3 L'insuffisance rénale

Elle apparaît 40 fois (50 %). C'est un piège diagnostique car trop souvent elle est rapportée à des causes diverses (antibiotiques), alors qu'elle est en rapport direct avec le sepsis intrapéritonéal (d'après PEGAZ, schéma 12, page 119).

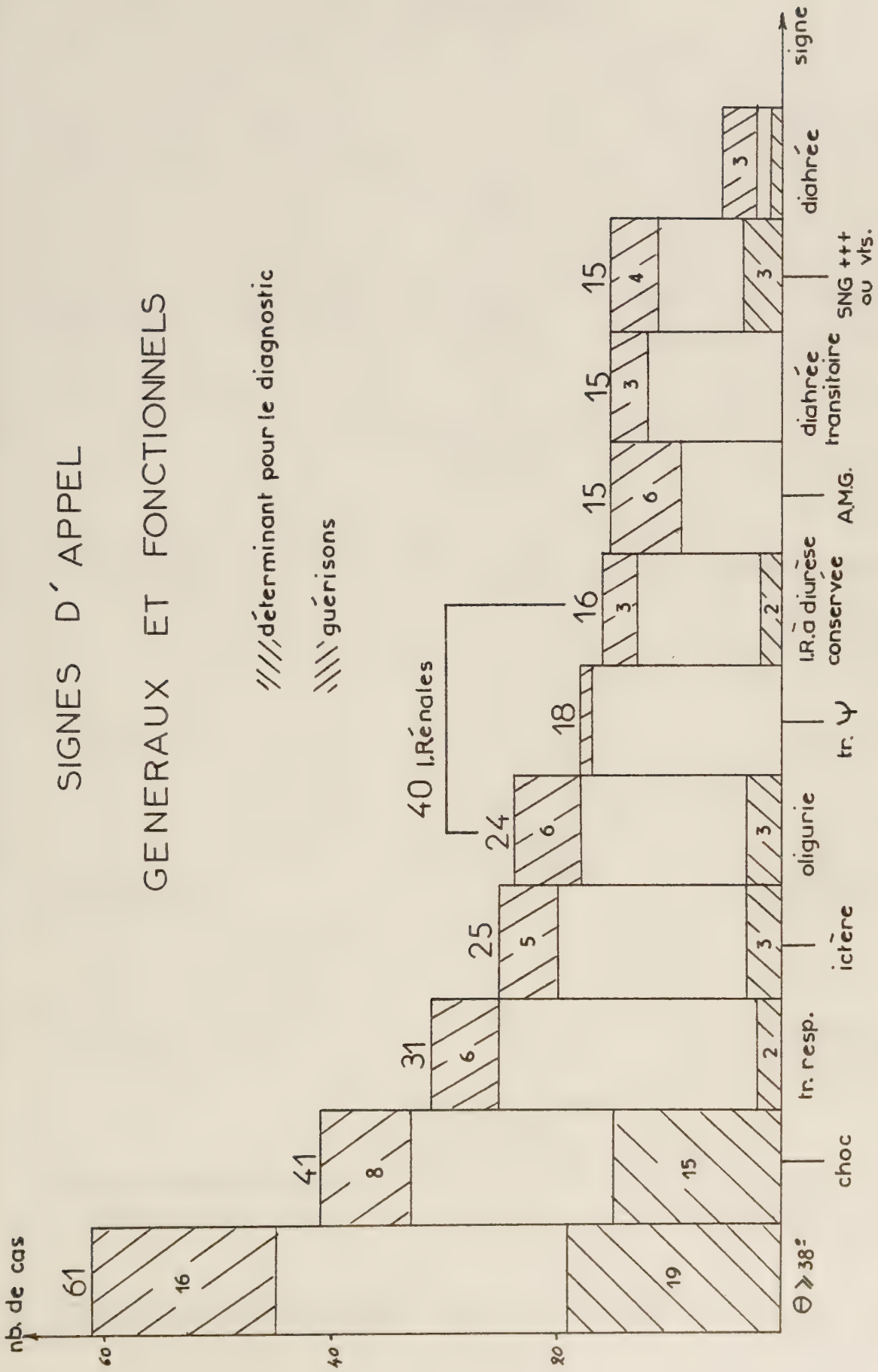
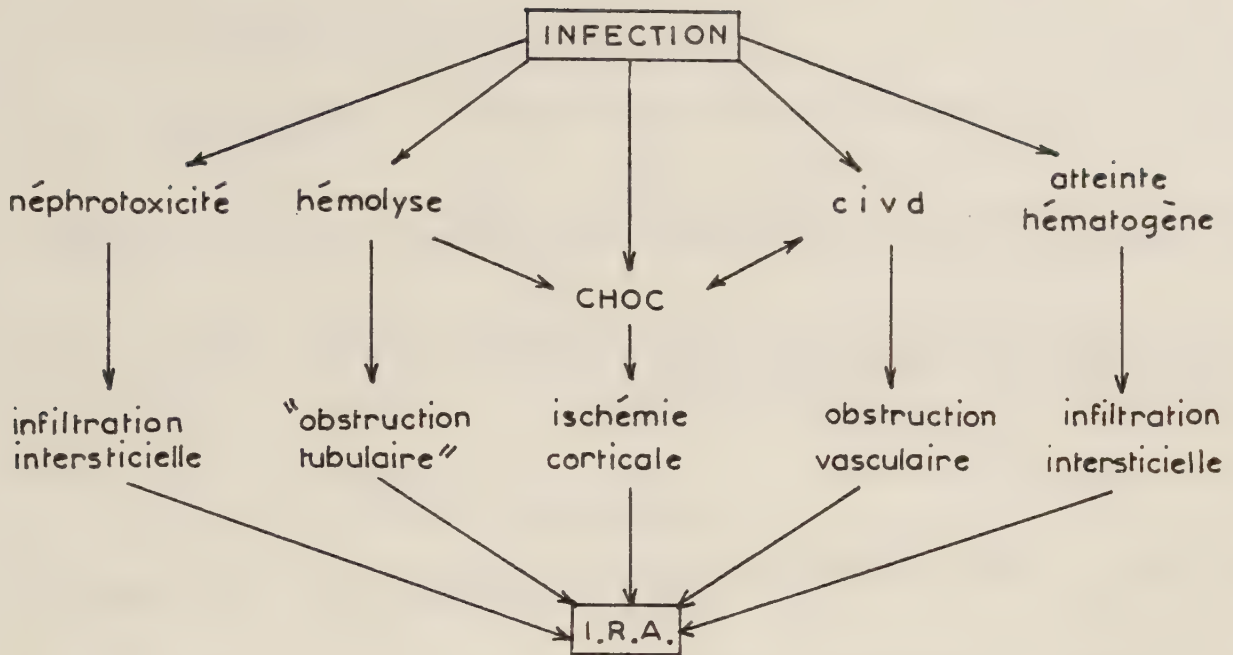
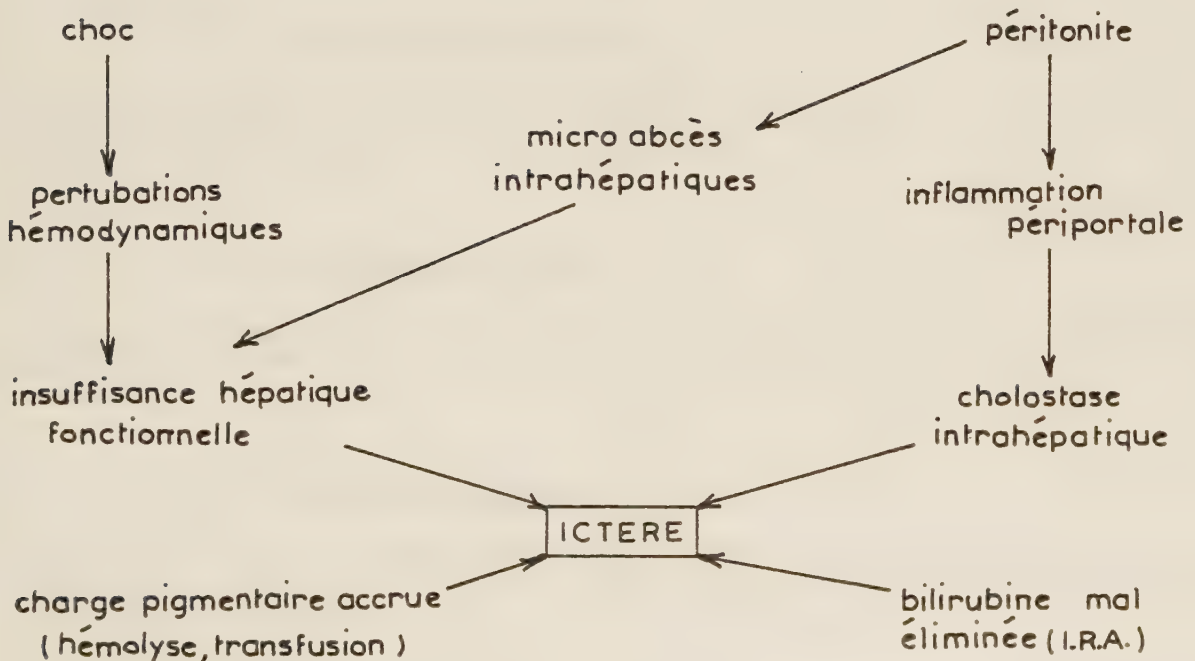


Schéma 11



PHYSIOPATHOLOGIE DE L I.R.A. au cours des états infectieux
d'après PEGAZ

Schéma 12



PHYSIOPATHOLOGIE DE L ICTERE dans les péritonites

Schéma 13

Elle peut prendre deux formes :

- oligoanurie : 24 fois (30 % des cas), déterminante dans le diagnostic 3 fois seulement.
- insuffisance rénale à diurèse conservée, grâce aux diurétiques (furosémide) : 16 fois (20 %), déterminante dans le diagnostic 2 fois (schéma 11, page 118).

Cette insuffisance rénale conduit souvent les malades en service de réanimation pour épuration extrarénale retardant le diagnostic de péritonite. Nous verrons que le pronostic est directement lié aux taux d'urémie atteints.

3.1.4 Les troubles respiratoires

31 malades (39 %) présentaient des troubles respiratoires graves dont 20 nécessitant la ventilation assistée (25 %) :

- soit à la suite d'un polytraumatisme intéressant le crâne ou le thorax, ou d'un coma métabolique.
- soit parce que l'insuffisance respiratoire est la conséquence directe de la péritonite (schéma 14 page 121) associée au choc septique.

Les troubles ventilatoires n'ont pourtant attiré l'attention sur l'abdomen que 2 fois de façon déterminante.

3.1.5 L'ictère ou le subictère

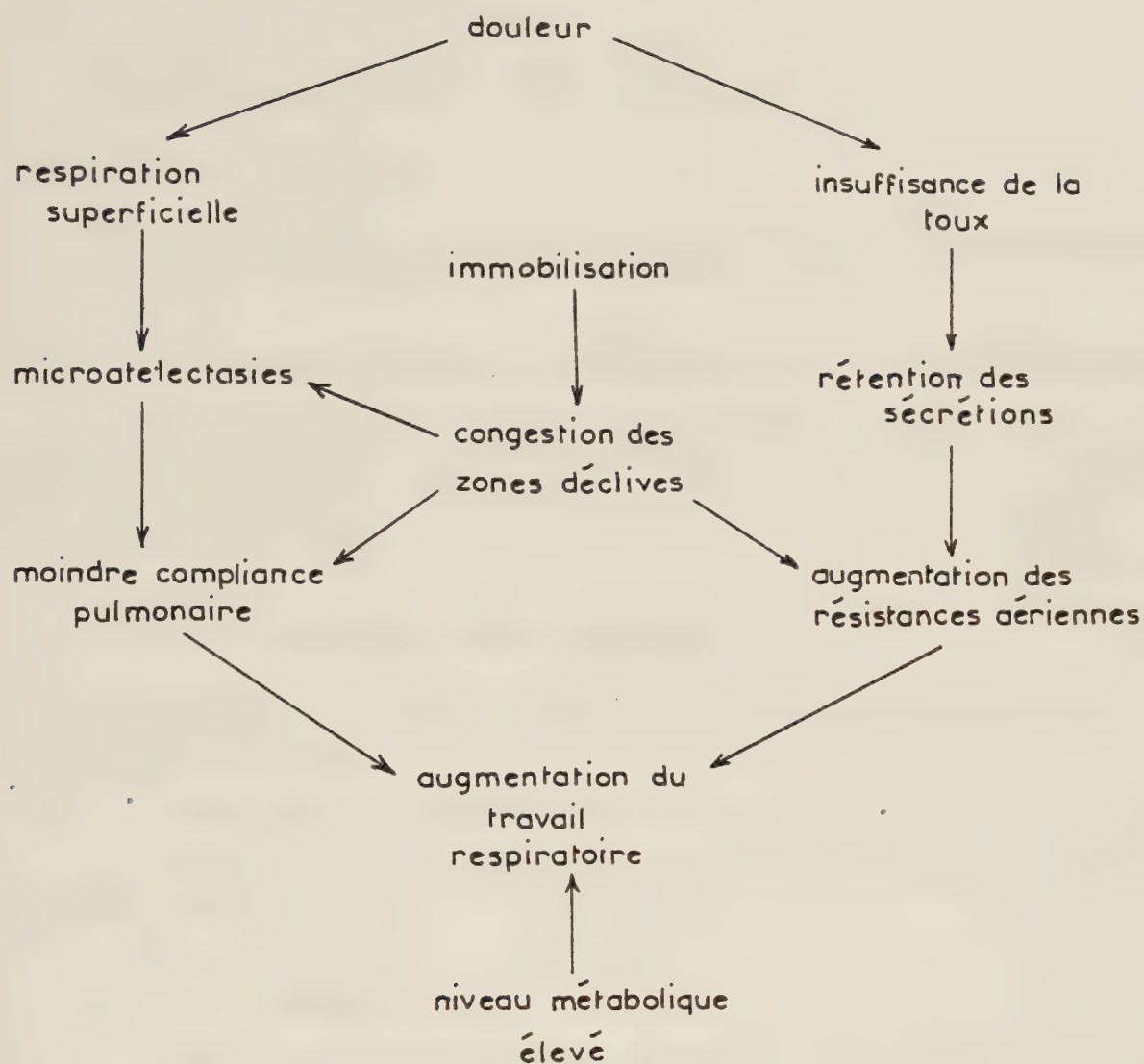
Son origine est complexe (schéma 13 page 119)
Nous l'avons noté 25 fois (31 %). Ce signe a été déterminant 3 fois dans le diagnostic (schéma 11, page 118).

3.1.6 Les signes cardiaques

Les troubles du rythme sont un signe précoce de sepsis pour certains auteurs (KUTPATRICK -41-). La tachycardie est constante et n'a jamais été notée isolée.

3.1.7 Les signes psychiques

Ils ont été notés 18 fois (22 %) à type de confusions, de délires ou d'agitations. Ils doivent attirer l'attention en l'absence de troubles ioniques et d'atteinte crânienne.



PHYSIOPATHOLOGIE DES INSUFFISANCES
RESPIRATOIRES au cours des péritonites
d'après PEGAZ

Schéma 14

3.2 LES SIGNES FONCTIONNELS (schéma 11, page 118)

3.2.1 La douleur

La plupart des malades conscients se plaignent de douleurs abdominales. Ce signe attire peu l'attention dans le contexte général.

3.2.2 Les vomissements et l'hypersécrétion par la sonde gastrique

Nous l'avons noté 15 fois (19 %), atteignant 2 litres, parfois 4 litres par 24 heures. Pour certains auteurs, il s'agit là d'un signe caractéristique (MOTOMANCEA -20-) surtout quand il apparaît entre 4 et 8 jours après l'intervention. Pour LAIGNEAU (44), plus du tiers des péritonites post-opératoires ont une hypersécrétion gastrique.

3.2.3 L'arrêt des matières et des gaz

L'arrêt des matières est pratiquement constant, mais très souvent masqué par une reprise transitoire du transit fréquemment sous forme de diarrhée : 15 fois (19 % des cas).

L'arrêt total du transit n'a été noté que 15 fois (19 %).

L'iléus post-opératoire précoce reste un signe d'appel évocateur quand il existe (STAIB -83-).

3.2.4 Diarrhée

Nous n'avons noté une diarrhée importante que 7 fois sous forme de selles purulentes ou bilieuses, ou de moelenas (3 fois). Dans les séries comportant une majorité de chirurgie colique, ce signe apparaît toutefois beaucoup plus fréquent (LAIGNEAU -44-). L'arrêt secondaire du transit après diarrhée est évocateur de péritonite post-opératoire.

3.3 LES GROUPEMENTS SYMPTOMATIQUES EVOCATEURS (schéma 15, page 123)

Il nous a paru intéressant d'étudier les associations des quatre symptômes les plus fréquents : la température, l'ictère, le choc, l'insuffisance rénale.

3.3.1 Choc et insuffisance rénale

Ce groupement est le premier par la fréquence (15 fois).

N° des observations

12,13,15,26,31,39,45, 53,55,57,72,77	avec température	12 cas	2 guérisons (31, 55)
30, 43, 49	sans température	3 cas	2 guérisons (30, 49)

3.3.2 Le choc isolé

Sans insuffisance rénale, et sans ictère ; il est rencontré 11 fois.

N° des observations

6,7,10,44,62,65,71,76	avec température	8 fois	2 guérisons (44, 65)
34, 70, 75	sans température	3 fois	0 guérison

3.3.3 L'insuffisance rénale isolée

est aussi fréquente (11 fois) :

N° des observations

16,22,29,36,61,69	avec température	6 fois	3 guérisons (29, 36, 61)
14,33,42,48,78	sans température	5 fois	1 guérison (48)

3.3.4 L'association choc, ictère et insuffisance rénale : 8 foisN° des observations

1,3,9,17,46,51,79	avec température	7 fois	0 guérison
27	sans température	1 fois	0 guérison

3.3.5 Moins fréquentes, sont les associations :

- choc et ictère sans insuffisance rénale - 7 cas (observations n° 4, 8, 25, 28, 35, 40, 56), tous fébriles - 2 guérisons (4, 25)
- ictère et insuffisance rénale, sans choc - 6 cas (5 fébriles : 21,41,54,66,80)
: 1 guéri (80))
(1 sans fièvre (32))
- ictère isolé - 3 cas : 2 fébriles (19, 68)
1 sans fièvre, 1 guéri (47)

3.4 LES SIGNES PHYSIQUES LOCAUX (schéma 16, page 126)

Leur caractéristique générale est la pauvreté, en particulier sur le plan palpatoire : le ventre "de bois" et la contracture sont exceptionnels, aussi l'attention est peu attirée sur l'abdomen.

L'examen de l'état pariétal et le contrôle des drains et de leur écoulement vont, au contraire, apporter des renseignements précieux :

3.4.1 Écoulement par les drains ou la cicatrice :

Un écoulement anormal a été noté 44 fois (55 % des cas) et a été déterminant pour le diagnostic 39 fois (49 % des cas).

Il s'agissait :

- d'un écoulement fistuleux digestif : 11 fois
 - . fécaloïde : 3 fois (40, 46 et 60)
 - . bilieux : 2 fois (6 et 59)
 - . digestif haut : 6 fois (4, 21, 49, 62, 73 et 78)
- d'un écoulement purulent franc : 9 fois (27, 28, 29, 30, 42, 53, 62, 65, 66)
- d'un écoulement hémorragique : 4 fois (21, 34, 72, 77)
- d'un écoulement sale, mêlé de gaz : 2 fois (25 et 65)
- d'un écoulement sanieux souvent remarquable par sa fétidité : 18 fois

On a noté trois fois des drains bouchés, l'écoulement faisant jour à l'ablation du drainage (observations 5, 61 et 71).

3.4.2 La défense pariétale et contracture (31 % des cas)

- une défense généralisée a été trouvée 25 fois. Son interprétation est bien souvent difficile suivant l'état de conscience du malade, l'association de fractures du bassin ou de lésions rétropéritonéales chez le polytraumatisé, les lésions pleuro-pulmonaires et diaphragmatiques. Elle n'a été déterminante pour le diagnostic que 7 fois.

- une défense ou un empâtement localisé a été noté 19 fois même lorsque l'intervention a révélé la généralisation de la péritonite. Cette localisation préférentielle correspond le plus souvent au foyer de départ de la péritonite généralisée et présente une valeur topographique intéressante pour guider l'exploration abdominale. Ce signe a été observé par NAHRWOLD (60) Nous n'avons pas noté de différence suivant l'âge.

- quant à la contracture, elle n'était présente que 10 fois, faisant poser le diagnostic (observations 13, 33, 36, 37, 56, 58, 59, 64, 68, 75).

SIGNES D'APPEL A L'EXAMEN

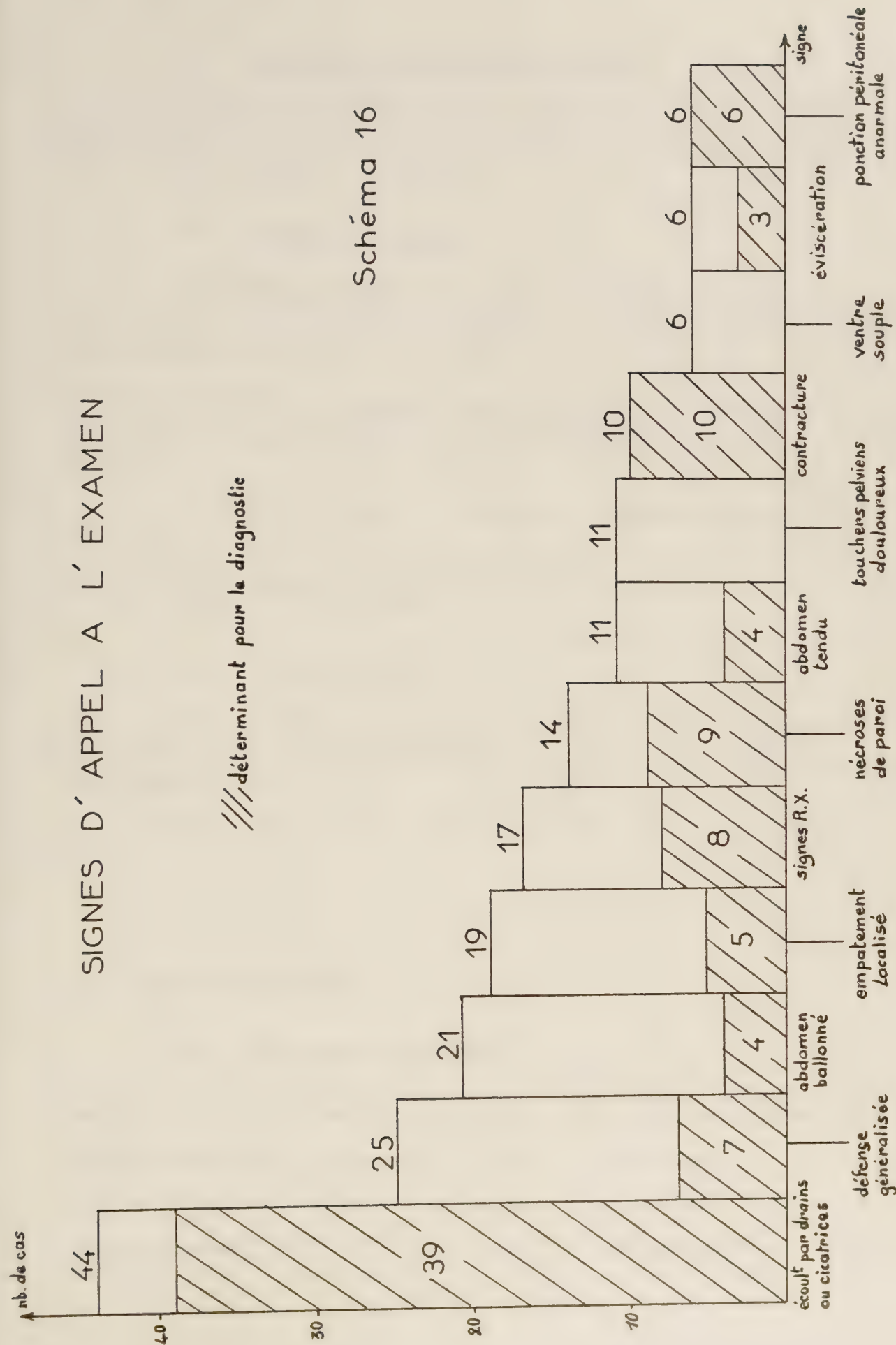


Schéma 16

3.4.3 Météorisme et distension abdominale

Un abdomen souple mais ballonné a été noté 21 fois, et 11 fois, il a été noté tendu mais dépressible. Cette absence de défense pariétale avec simple aspect d'iléus, malgré la péritonite généralisée sous-jacente, n'a donc été déterminante pour le diagnostic que 8 fois.

3.4.4 Problèmes pariétaux

- une nécrose de paroi a été noté 14 fois (observations n° 3, 8, 18, 24, 28, 35, 39, 45, 48, 56, 57, 66, 77 et 80) (17 % des cas) depuis la simple nécrose cutanée entre points trop serrés (28), au sphacèle des berges musculaires et aponévrotiques plus ou moins étendu.

- 5 fois, il existait une gangrène gazeuse de paroi, s'accompagnant souvent de fusées cellulaires à distance jusque dans les aisselles ou le dos, la myosite étant le plus souvent limitée aux berges de l'incision (observations n° 18, 35, 39, 45, 66).

Ces nécroses de paroi ont déterminé le diagnostic 9 fois.

- l'éviscération a été notée 6 fois (observations n° 8, 24, 39, 46, 61 et 77) déterminant le diagnostic 3 fois.

3.4.5 Signes trompeurs

Un ventre souple non distendu a été noté 6 fois (7 %) malgré parfois un péritoine rempli de pus (observations n° 31, 35, 40, 60, 69 et 72). LAIGNEAU (44) trouve également 10 % des cas de péritonites post-opératoires sans aucun signe abdominal.

Les touchers pelviens n'ont été trouvés anormaux que 11 fois (14 % des cas).

3.5 EXAMENS PARACLINIQUES

3.5.1 La ponction péritonéale

Devant un abdomen douteux, elle a été pratiquée 6 fois (ponctions des 4 quadrans à l'aiguille ordinaire). Six fois, elle a fait le diagnostic ramenant :

- liquide hémorragique, vieux sang	2 fois	observations 1 et 43
- liquide purulent	3 fois	observations 16, 48 et 76)
- liquide bilieux	1 fois	observation 12

Nous pensons que ses risques (perforation d'anses dilatées) restent théoriques et qu'il serait possible de l'utiliser plus souvent, mais non de façon systématique.

3.5.2 La radiographie sans préparation

Elle est le plus souvent trompeuse :

- un tableau d'occlusion avec niveaux multiples n'a été noté que 9 fois.
- le plus souvent, elle montre une aéroiléie diffuse sur un fond de grisaille.

Dans un petit nombre de cas, on a noté une élévation d'une coupole diaphragmatique ou un croissant gazeux sous-phrénique.

3.5.3 Les autres examens physiques

3.5.3/1 Les radiographies après opacification digestive à la gastrograffine peuvent révéler une fistule interne ou une fuite. C'est également un test thérapeutique devant les reprises difficiles du transit. Le plus souvent, le contraste se dilue et se perd dans les anses distendues.

3.5.3/2 L'échotomographie peut rendre service en décelant certaines collections liquidiennes.

3.6 SEMEIOLOGIE BIOLOGIQUE

Nous ne faisons ici qu'énumérer quelques aspects d'un problème complexe de réanimation.

3.6.1 L'hyperazotémie

Elle a été notée supérieure à 0,50 g/l dans 45 cas sur 50, parfois en absence d'insuffisance rénale. Il existe un parallélisme entre le taux d'urée sanguine atteint et le pronostic (schéma 17, page 129). Nous n'avons aucun cas de survie dans notre série lorsque ce taux a dépassé 2 g/l.

Elle a été étudiée par DUPLAY (15), et SORENSEN (82) a montré qu'il existait une élévation significative de la production d'urée chez les patients présentant une complication péritonéale après appendicectomie par rapport à un groupe d'appendicectomisés témoins.

3.6.2 L'hyperleucocytose

Nous l'avons notée supérieure à 10 000 Globules Blanches / mm³ dans 28 cas sur 33 (Schéma 17, page 129). Son taux ne semble pas influencer le pronostic.

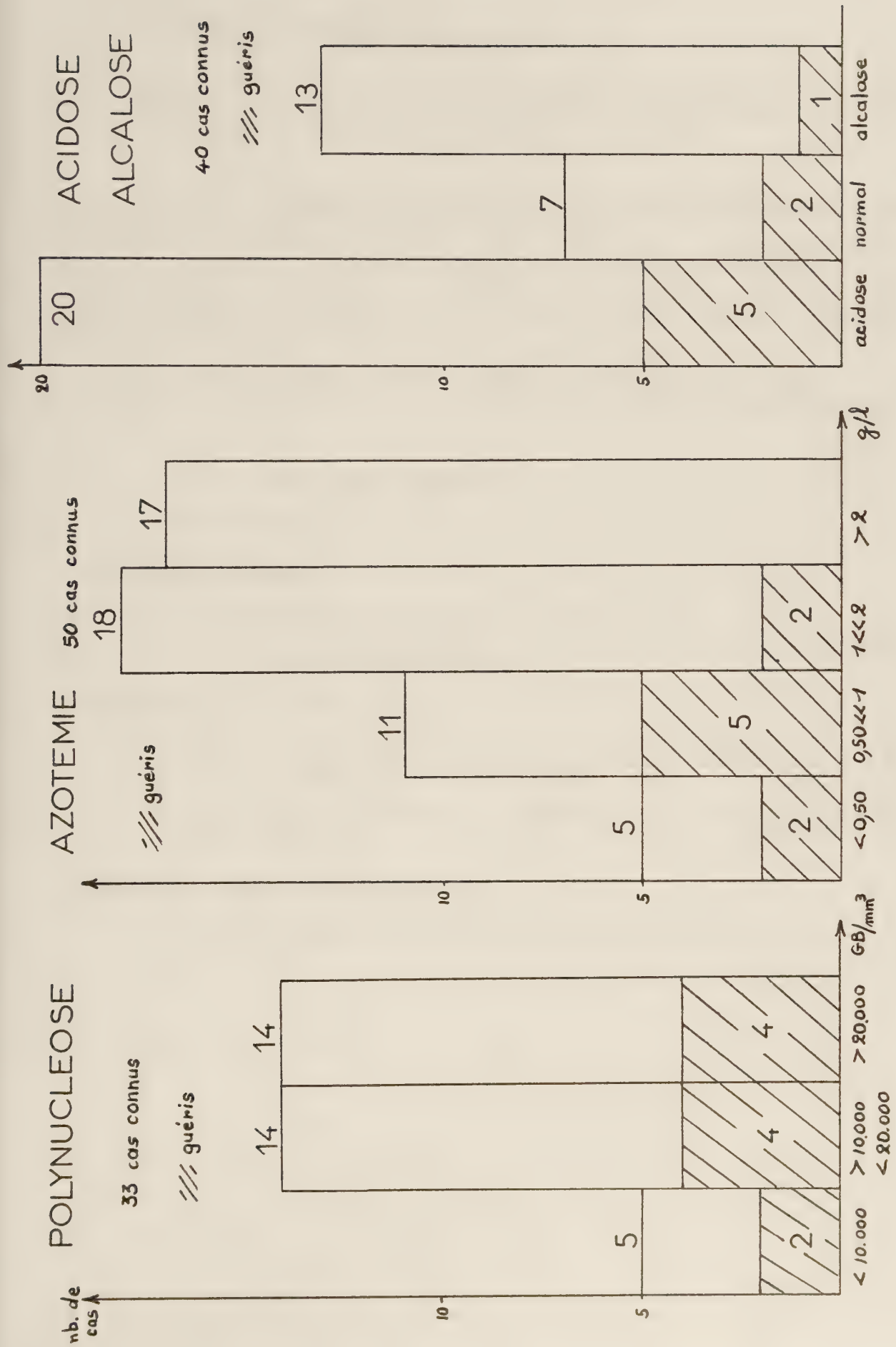


Schéma 17

3.6.3 L'équilibre acido-basique

S'il existe le plus souvent une acidose métabolique (50 % des cas) avec pH inférieur à 7,35 et réserve alcaline inférieure à 21 mEq/litre, on note une alcalose dans un quart des cas (schéma 17, page 129).

3.6.4 les données de l'analyse des selles et du liquide d'aspiration digestive n'ont pas été étudiées dans notre série.

Pour les auteurs parisiens en particulier (LEVY - 52 -), l'augmentation du débit leucocytaire diarrhéique (supérieur à 2,5 millions de leucocytes par minute) indique une suppuration loco-régionale contigüe mais extrinsèque à l'intestin. Il s'agit d'un moyen diagnostique précoce, l'évolution des chiffres étant parallèle à celle de la péritonite.

Pour les mêmes auteurs, le débit chloré gastrique supérieur à 120 mEq par 24 heures indique également une complication septique intra-péritonéale.

3.6.5 Les autres facteurs

Les principaux autres problèmes sont :

- les troubles ioniques

- . l'hypochloronatrémie est le plus fréquent
- . la kaliémie est variable ; l'hyperkaliémie a été 7 fois responsable de l'épuration extra-rénale.

- les troubles de la coagulation

- . taux de prothrombine spontanément abaissé en dessous de 45 % dans 5 cas, en dessous de 60 % dans 3 cas.
- . coagulation intravasculaire disséminée et troubles de l'hémostase les plus divers.

- les troubles des protéines du sang :

- . hypoprotéinémie fréquente par hypercatabolisme.

Chapitre 4

PROBLEMES

DIAGNOSTIQUES

4.1 DIAGNOSTIC POSITIF

Nous constatons avec d'autres auteurs (MOTOMANCEA -58-, KATAEVA -37-, SAUVINA -77-) que, du fait des progrès de la réanimation médicale, les péritonites post-opératoires graves ne se présentent plus selon la symptomatologie classique. La contracture, la douleur, la fièvre élevée, l'hyperleucocytose ne peuvent plus être considérées comme des signes constants et certains. Le problème est de découvrir aussi vite que possible le moment où démarre l'infection péritonéale afin d'appliquer le seul traitement correct : la réintervention.

Dans notre série, le diagnostic a été posé :

- sur les signes physiques locaux	45 fois
- sur l'association de signes généraux et de quelques signes locaux	20 fois
- sur l'association de signes locaux et de signes radiologiques	8 fois
- sur des signes généraux seuls	4 fois
- sur les signes radiologiques	1 fois
- n'a pas été fait	2 fois

Nous pensons qu'une meilleure connaissance des aspects cliniques devraient permettre un diagnostic plus précoce :

- celui-ci étant fait devant une aggravation de l'état général sans se laisser abuser par un aspect faussement rassurant de l'abdomen

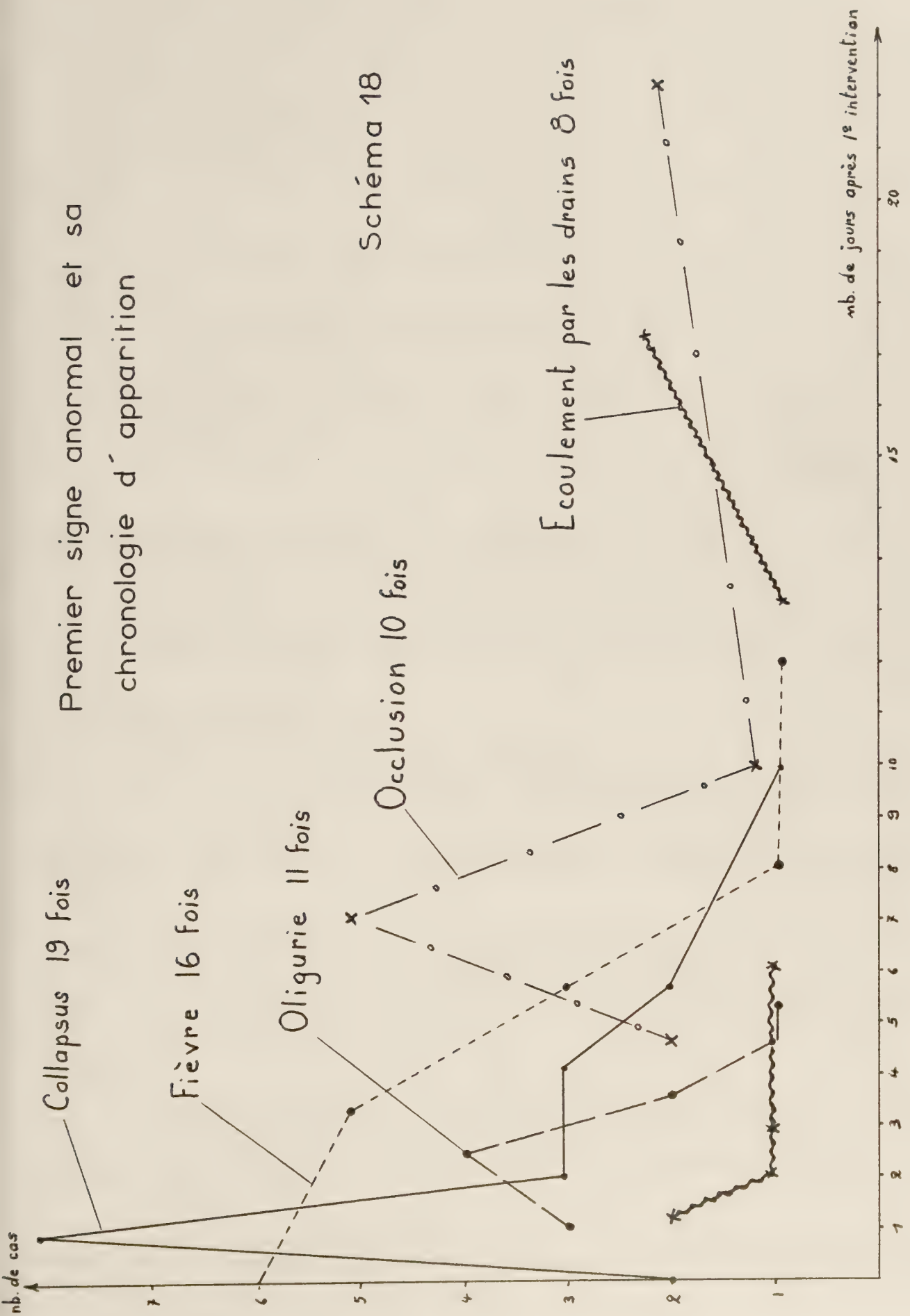
- sans attendre un signe local évident (écoulement purulent, gangrène de paroi, éviscération, etc ...).

Sur une étude rétrospective, on constate en effet que le premier signe anormal est souvent apparu tôt et que le délai du diagnostic aurait pu être raccourci.

4.2 LE PREMIER SIGNE ANORMAL (schéma 18, page 132).

Il s'est agi, par ordre de fréquence, de

- collapsus	19 fois	délai moyen d'apparition 2 jours
- fièvre = + 38°	16 fois	3-4 jours
- oligurie	11 fois	3 jours



- occlusion	10 fois	6-8 jours
- écoulement par les drains	8 fois	variable
- troubles neuro-psychiques	4 fois	2 jours
- hypersécrétion gastrique	3 fois	
- ictère	2 fois	

La chronologie d'apparition de ces signes est donnée par le schéma 18, page 132).

Parmi les premiers signes plus rares, on a noté :

- des signes respiratoires	2 fois	aux 1er et 3e jours
- perturbations hydroélectriques	1 fois	4ème jour
- éviscération	1 fois	5ème jour
- contracture	1 fois	3ème mois

4.3 LE DELAI ENTRE LE PREMIER SIGNE ANORMAL ET LE DIAGNOSTIC (schéma 19, page 134)

On constate un parallélisme entre le délai du diagnostic et l'évolution.

La survie de 40 % si le diagnostic donc la réintervention est faite dans les 48 heures, s'effondre dès que le délai est dépassé.

4.4. LES PIEGES DIAGNOSTIQUES

Ils sont nombreux, les divers éléments de l'atteinte de l'état général pouvant être rapportés à d'autres causes (parfois coexistantes) que la péritonite.

- l'insuffisance rénale souvent attribuée au choc septique ou aux antibiotiques a souvent motivé le transfert en service de réanimation, retardant le diagnostic.

- le choc septique souvent attribué à une surinfection pulmonaire ou à un cathéter, ou bien prenant l'aspect d'un choc hémorragique.

- les problèmes d'encombrement respiratoire, atélectasie, épanchement pleural ont souvent fait diversion.

- les troubles de conscience souvent attribués à tort à un delirium tremens.

- les reprises pour abcès abdominal faisant oublier la possibilité d'une autre localisation péritonéale.

- les suppurations de paroi et pariétites phlegmoneuses ayant diffusé à bas bruit au péritoine.

Chez un opéré récent, il faut toujours penser que l'aggravation de l'état général peut correspondre à une péritonite d'évolution souvent insidieuse au début.

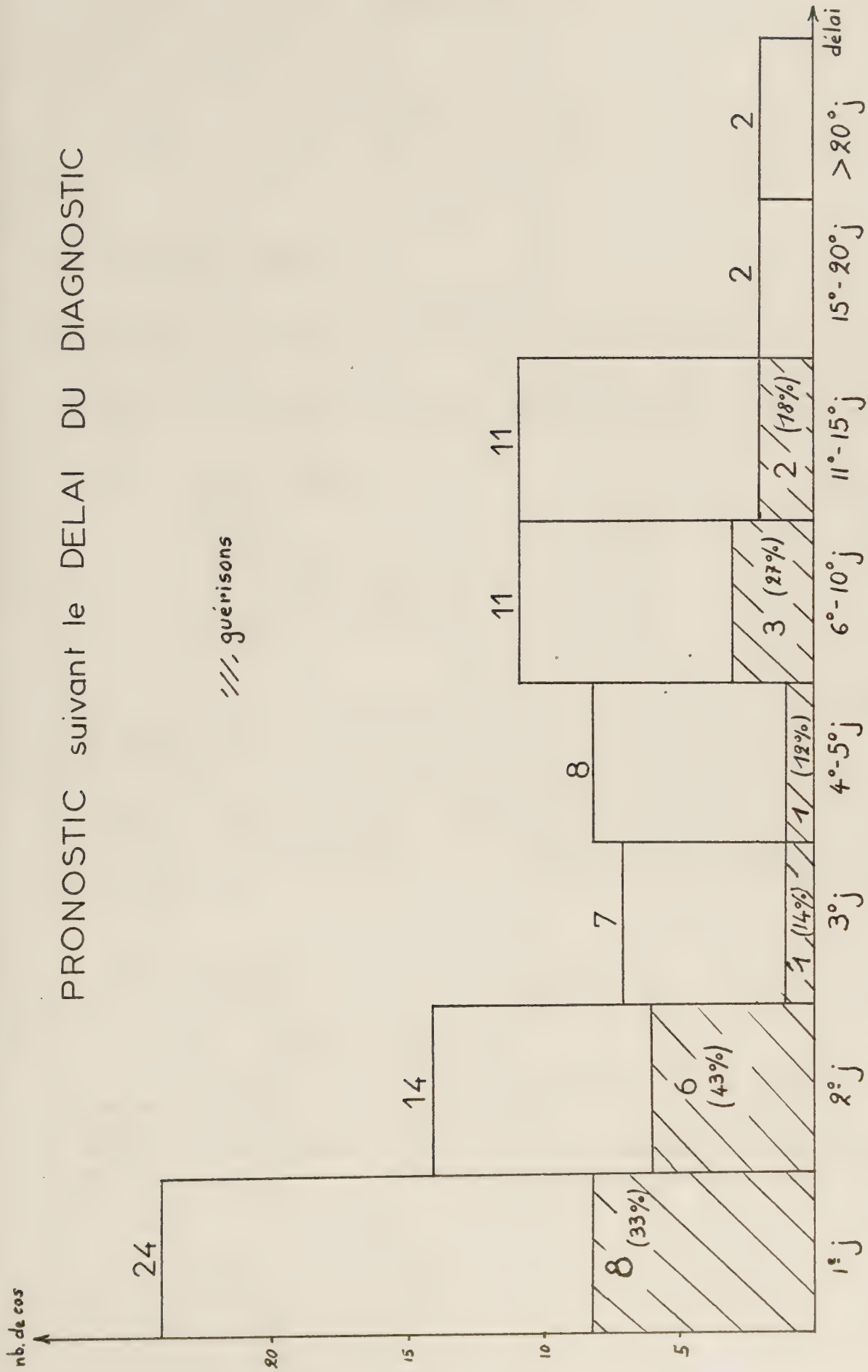


Schéma 19

Chapitre 5

DONNEES EVOLUTIVES

5.1 EVOLUTION GLOBALE

Elle est sévère dans notre série puisque sur 80 cas nous enregistrons 59 décès (74 %) et 21 guérisons (26 %) (schéma 20, page 136).

L'évolution de ces péritonites post-opératoires est le plus souvent le fait d'une défaillance d'une grande fonction en général intriquée avec une infection généralisée ; l'élément au premier plan a été lors du décès :

- le choc septique	29 fois
- la défaillance cardiaque	7 fois
- l'anurie	3 fois
- la défaillance respiratoire	7 fois
- l'hémorragie	3 fois
- l'insuffisance hépatique	1 fois
- le coma et troubles métaboliques	5 fois
- indéterminé	4 fois

Le délai de survenue du décès en fonction de la réintervention est donné par le schéma 20 page 136.

Si 2 malades sont morts avant la réintervention (observations 62 et 69), 3 au décours de cette réintervention (observations 16,35 et 70), la majorité des décès est survenue au cours des premiers jours. Toutefois, l'issue fatale a pu se produire jusqu'au 30ème jour. (observations 19 et 20 au 30ème jour ; observations 11, 21, 41, 75 au 25ème jour). Passé le délai de 30 jours, la guérison semble acquise (une seule exception, l'observation n° 67 où le décès est survenu au 50ème jour).

5.2 FORMES EVOLUTIVES : LES RECIDIVES DE PERITONITES

5.2.1 Péritonites initiales

Sur 80 malades de notre série, 15 présentaient une péritonite lors de l'intervention initiale (schéma 21, page 137).

Il s'agit des observations 2,7,22,24,27,34,39,40,41,44,57,59,62,70 et 73.

La péritonite post-opératoire a été le fait chez ces malades d'une persistance du sepsis péritonéal. Trois seulement ont guéri (observations 2, 44 et 59).

Décès
nb. de cas

EVOLUTION GENERALE

59 DECES 74%
21 GUERISONS 26%

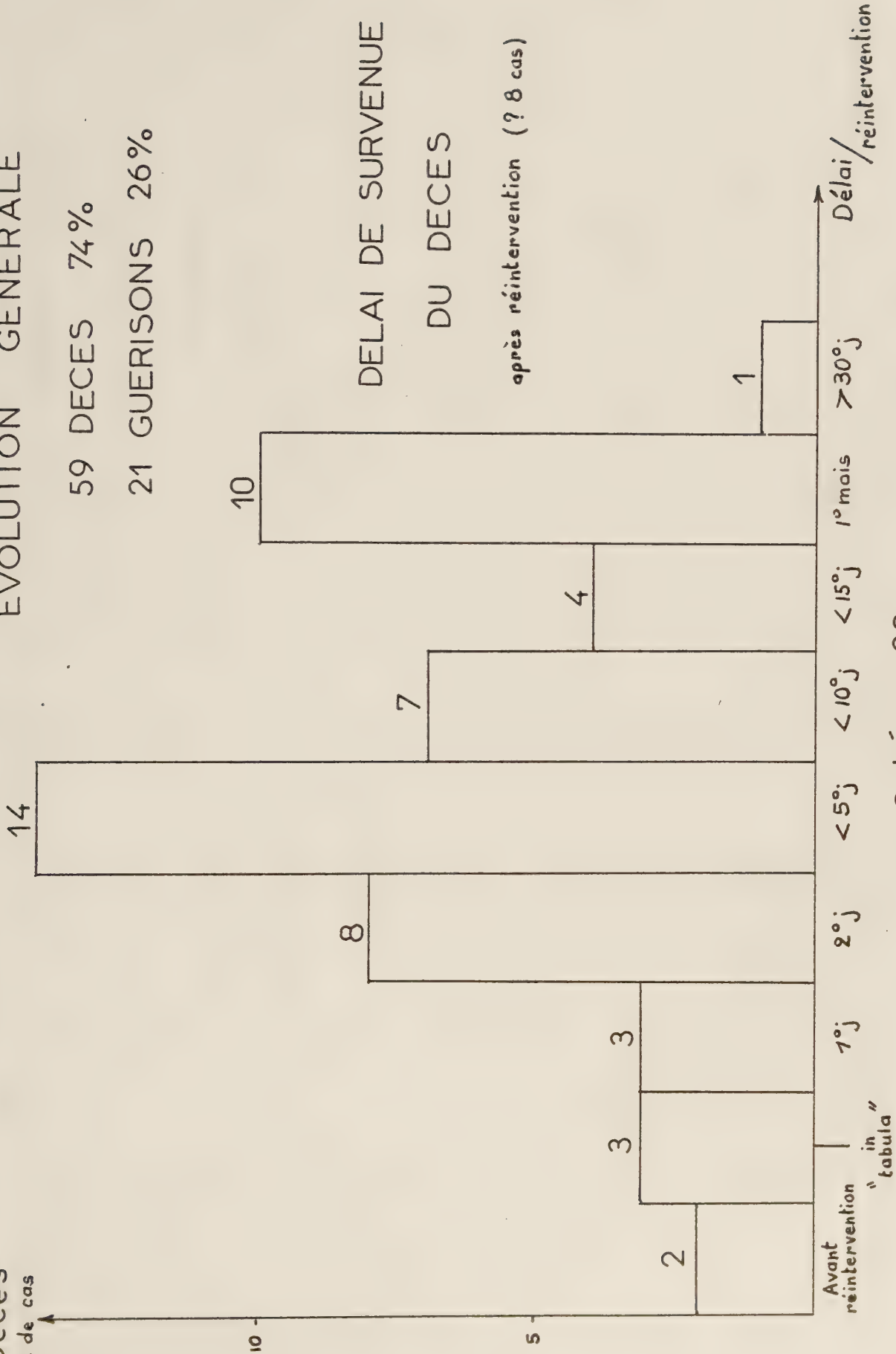


Schéma 20

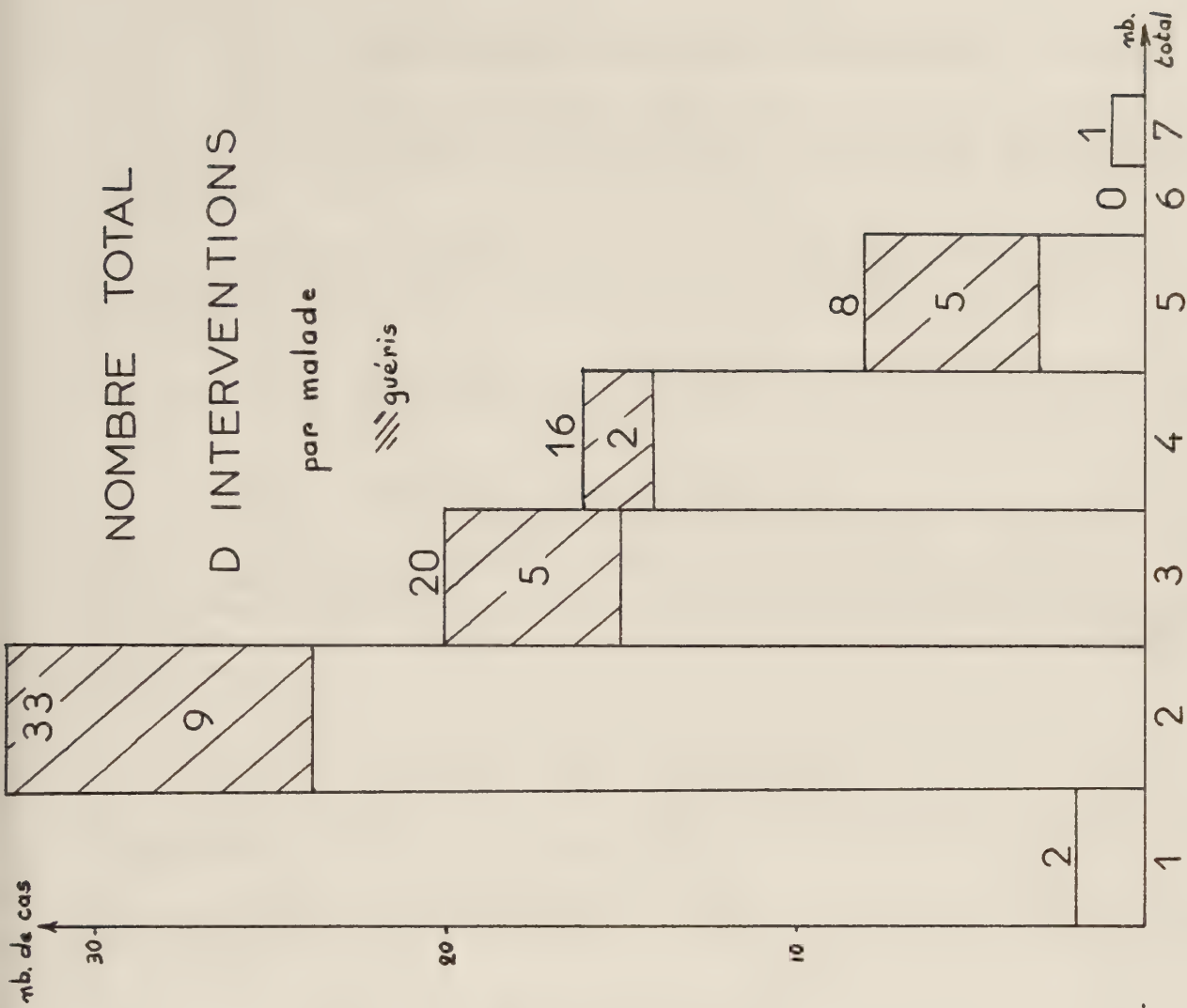


Schéma 22

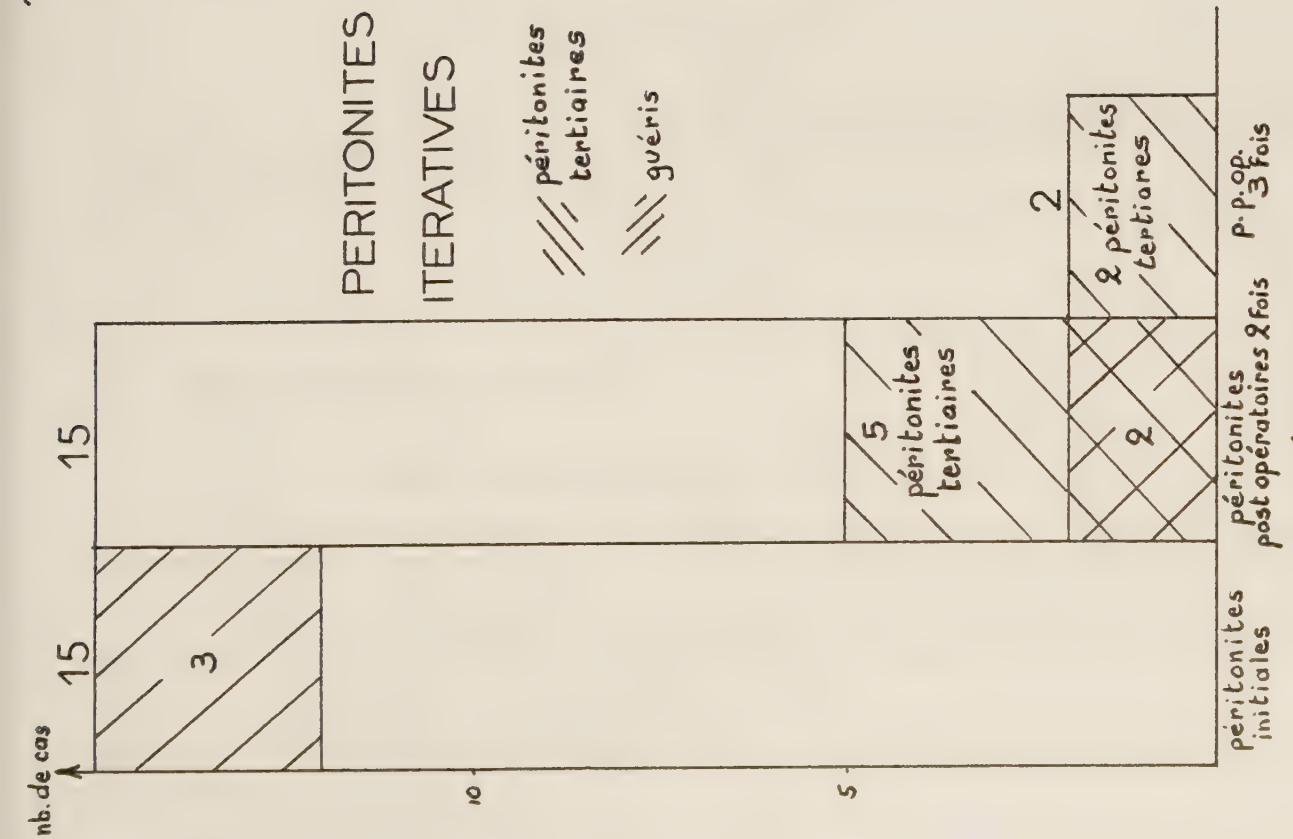


Schéma 21

5.2.2 Péritonites post-opératoires après un temps de latence

Dans 65 cas, il n'existait aucun signe de péritonite lors de l'intervention initiale. La péritonite post-opératoire est survenue après un temps de latence plus ou moins long de 24 heures à plusieurs dizaines de jours (exemple observation n° 75).

Pendant ce temps de latence, entre l'intervention initiale et le premier signe anormal (schéma 18, page 132), rien ne laisse prévoir la survenue de la péritonite.

17 de ces 65 malades ont guéri (26 %). Si on envisage les 50 malades qui n'ont pas eu de récurrence ultérieure, les guérisons passent à 15 sur 50 (30 %)

5.2.3 Double péritonite post-opératoire

15 cas ont récidivé la péritonite post-opératoire après une première reprise (observations 8,14,16,22,24,41,44,45,46,54,58,59,68,77 et 79). Cinq de ces malades avaient une péritonite initiale, il s'agissait donc d'une péritonite troisième (schéma 21, page 137). Deux ont guéri (observations 44 et 59).

5.2.4 Triple péritonite post-opératoire.

Deux malades ont fait une double récurrence de péritonite post-opératoire (observations n° 56 et 66) et sont morts.

Au total, avec les récurrences, notre série comporte donc 99 péritonites post-opératoires, pour 80 malades.

5.2.5 Nombre total d'interventions

Il varie de 1 (les deux cas décédés avant le diagnostic) à 7 (schéma 22, page 137). Il est remarquable que sur les 8 malades ayant subi 5 interventions successives (observations n° 3,29,36,44,47,49,66 et 67), on enregistre encore 5 guérisons (observations 29,36,44,47,49).

La réintervention faite à bon escient n'est donc pas un facteur aggravant du pronostic.

5.3 EVOLUTION SUIVANT L'ORGANE

5.3.1 Après appendicectomie (schéma 23, page 139)

La péritonite peut survenir même après ablation d'un appendice sain ; elle reste rare : RODIONOV (76) : 101 cas sur 18 347 appendicectomisés.

La péritonite après appendicectomie est le plus souvent généralisée : RODIONOV (76) : 101 cas sur 122 péritonites ; PEGAZ (66) : 19 cas sur 25.

La mortalité est diversement appréciée suivant les séries : 23 % pour RODIONOV (76) ; 30 % pour VAYRE (27) ; 11 morts pour 3 guérisons dans notre série.

Les causes les plus fréquentes sont plus que le lâchage du moignon (2 cas)

EVOLUTION SUIVANT L'ORGANE

APPENDICE

GRELE

COLON

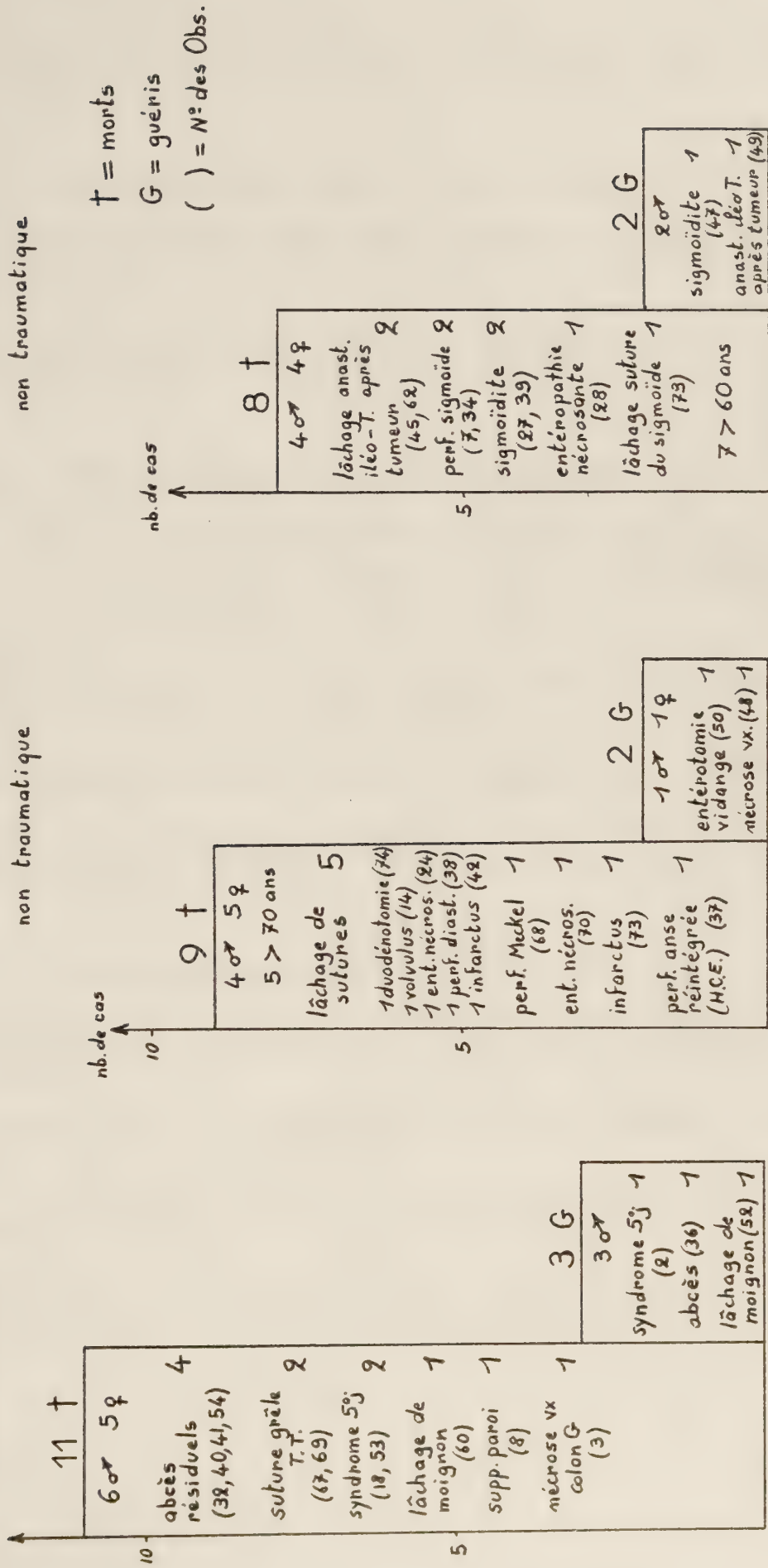


Schéma 23

les abcès résiduels (5 cas) et le syndrome du 5ème jour chez l'enfant (3 cas). Des causes exceptionnelles ont été signalées comme le mucocèle appendiculaire (BORLCHNER (3)).

5.3.2 Après chirurgie du grêle (schéma 23, page 139)

Les causes les plus fréquentes sont les lâchages de suture (6 cas), le plus souvent sur grêle de mauvaise qualité (occlusions), puis les perforations spontanées (5 cas).

La mortalité élevée de notre série -9 morts pour 2 guérisons- est due à la présence de 5 malades de plus de 70 ans. Pour VAYRE (27), elle serait de 40 à 60 %.

5.3.3 Après chirurgie de l'estomac et du duodénum (schéma 24, page 141)

Il s'agit le plus souvent de lâchage de sutures : au niveau du moignon duodénal (2 cas), d'une pyloroplastie (2 cas), d'une suture d'ulcère perforé (2 cas) ou d'une gastro-entéro-anastomose (1 cas). C'est également l'avis de THOMERET (27) qui explique ces fuites de suture

- soit par un envahissement de la coupe dans les gastrectomies pour cancer
- soit par une malfaçon en particulier au niveau de l'anastomose oesojéjunale dans les gastrectomies totales

La fréquence est de 22 péritonites diffuses pour 786 interventions comportant une ouverture gastrique ou duodénale (THOMERET (27)).

L'évolution est gravissime. Les deux seules guérisons de notre série sur 9 cas correspondaient à une fuite de gastrostomie associée à une suture d'ulcère perforé non étanche.

5.3.4 Les péritonites biliaires (schéma 24, page 141)

Si elles sont exceptionnelles en chirurgie biliaire-réglée : 11 cas sur 6667 interventions pour GUILLEMIN (27), elles sont plus fréquentes en chirurgie d'urgence.

Dans notre série, 4 cas après cholécystectomie : lâchage du moignon cystique (2 cas), fuite du lit vésiculaire (1 cas).

Il peut également s'agir d'une perforation vésiculaire spontanée sur cholécystopathie de choc (2 cas), ou iatrogène (1 cas).

La plupart des auteurs, ELLIS (16), SINGH (80), GUILLEMIN (27) signalent un pronostic redoutable avec mortalité supérieure à 50 % surtout si le diagnostic a été tardif.

EVOLUTION SUIVANT L' ORGANE

t = morts
G = guénis
() = N° des Obs.

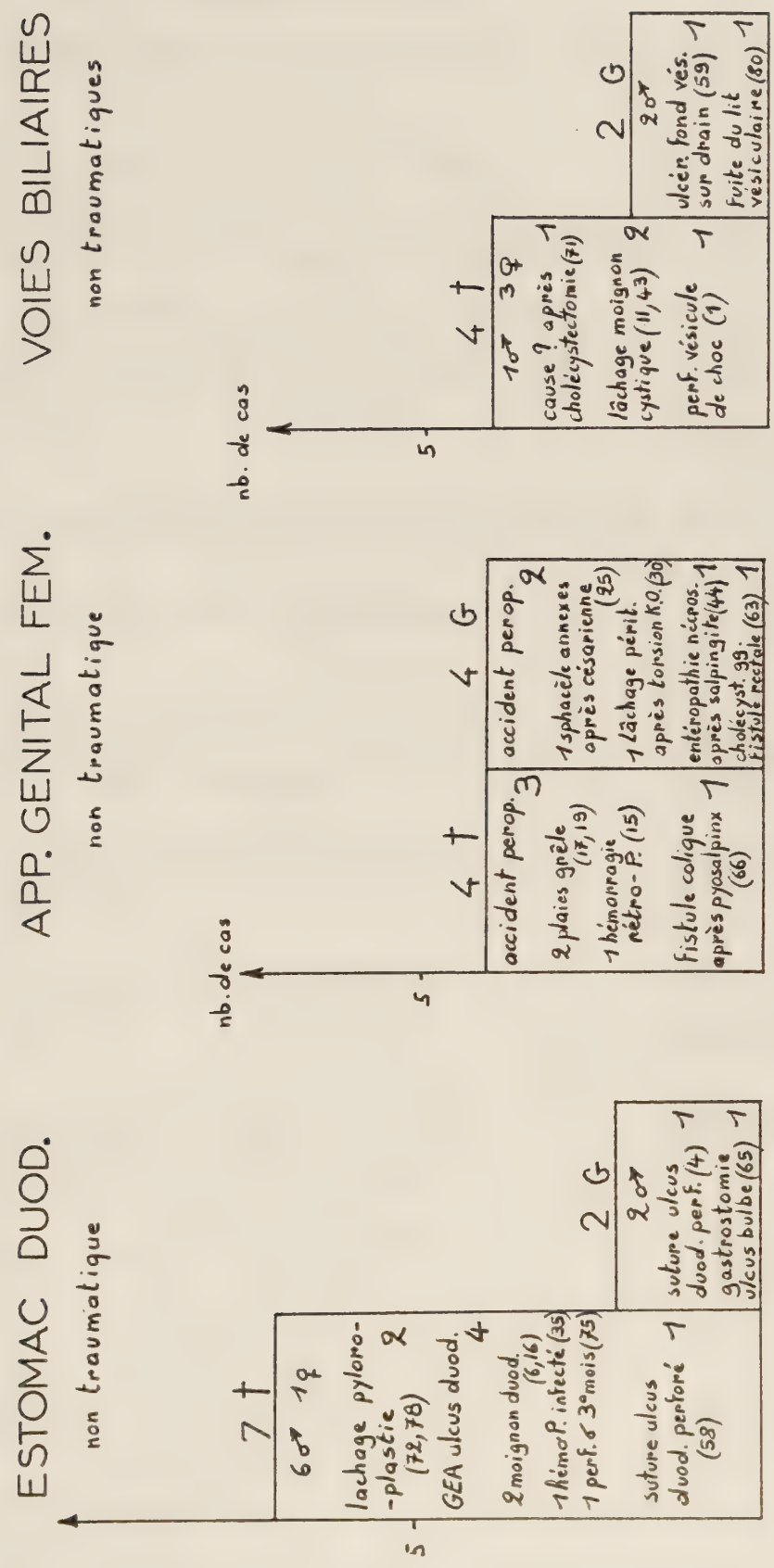


Schéma 24

5.3.5 Après chirurgie gynécologique (Schéma 24, page 141)

C'est ici que l'on rencontre le plus d'accidents iatrogènes opératoires (5 cas sur 9 dans notre série). La péritonite peut survenir après césarienne (ILEEV - 33 -) ; 1 cas dans notre série.

L'évolution est moins grave que pour l'ensemble de la série : 4 guérisons sur 8.

5.3.6 Après chirurgie colique (schéma 23, page 139)

Outre les lâchages de suture ou d'anastomose (4 cas), il existe des perforations de sigmoïdite ou d'entérocolite nécrosante (6 cas).

Bien que pour HOLLENDER (30) la péritonite stercorale n'ait pas une plus mauvaise évolution que l'ensemble, dans notre série, 8 décès sur 10 cas le contredisent. Il est vrai qu'ils s'expliquent en partie par la présence de 7 malades de plus de 60 ans sur les 8 décès.

5.4 EVOLUTION DES ANASTOMOSES ET SUTURES DIGESTIVES EN MILIEU SEPTIQUE

5.4.1 Sutures lors des péritonites initiales

OBS.

17	Double suture termino-terminale du grêle Suture de vessie Plaie sigmoïdienne extériorisée	Urofécopéritoïne par <u>lâchage de suture</u>
24	Résection anastomose termino-terminale du grêle sur entérite nécrosante + péritonite	<u>lâchage de la suture</u>
34	Perforation sigmoïdienne suturée anus d'amont	nouvelles perforations ; sutures correctes.
41	Péritonite appendiculaire. Reprise pour occlusion. Colectomie droite et anastomose iléo-transverse termino-terminale	<u>lâchage de suture</u>
59	Entérotomie exploratrice pour péritonite de cause ?	péritonite biliaire iatrogène (ulcération sur drain)
62	Hémi-colectomie droite. Anastomose termino-terminale	<u>lâchage de suture</u>

66 Salpingectomie bilatérale pour pyosalpinx Péritonite.
Fistule sigmoïdienne. Fermeture de la Lâchage de suture ?
brèche + anus iliaque gauche d'amont

73 Résection du grêle et anastomose termino- Lâchage de suture
terminale pour infarctus

On note 5 lâchages de suture sur 8.

5.4.2 Résections anastomoses lors des péritonites post-opératoires

OBS.

Suture jéjuno- colique	14	Hémicolectomie droite après lâchage de suture colique	Péritonite stercorale <u>lâchage de suture</u> (autopsie)
Pancréatectomie totale	16 21 57	→ Décès "intabula" → <u>Lâchage des anastomoses</u> biliaire et digestive → décès à la 24ème heure.	
G. E. A.	4	Après perforation d'ulcère Suturé et lâchée	Guérison
	13	Pour nécrose duodénale et hémorragie digestive	décès au 2ème jour
	74	Pour hémorragies digestives après perforations colique	<u>Lâchage au 9e jour</u>
	78	Lâchage de pyloroplastie après ulcère de stress	décès au 3e jour
	59	Hémorragie gastrique après péritonite biliaire par ul- cération vésiculaire	<u>Lâchage de l'anas- tomose</u>
Résections du grêle ; anastomoses ter- mino-terminales	24	Recoupe après lâchage de su- ture précédente -jéjunostomie d'amont-	<u>Lâchage total de la suture</u>
	37	Nécrose sur hernie étranglée	décès au 13e jour
	38	Perforation diastatique	décès rapide
	42	Lâchage de suture précédente après infarctus	décès au 12e jour
	47	Fistule interne ; résection anastomose du grêle et du co- lon, anus d'amont	<u>Fistules organisées</u> Guérison
	68	Meckel perforé négligé	<u>Lâchage de l'anas- tomose</u>

Au total, sur 10 cas ayant évolué assez longtemps, 7 lâchages de sutures.

5.4.3 Sutures digestives latérales lors des péritonites post-opératoires

OBS.

5	Suture brèche colique	Décès au 10ème jour, sans fistule
10	Réfection postérieure d'une G.E.A.	Décès au 5ème jour
50	Réfection d'une entérotomie de vidange déhiscente	Guérison
65	Fermeture d'une gastrotomie déhiscente	Guérison
54	Réfection d'une entérotomie de vidange déhiscente	Décès au 4ème jour

Aucun lâchage sur les 3 cas ayant évolué assez longtemps.

Ces tableaux font apparaître le risque important de lâchage pour toute anastomose pratiquée en milieu péritonitique. Ceci est en faveur d'une mise à la peau ; ne serait-ce qu'à titre temporaire à chaque fois que cela est possible. Le risque semble inférieur dans les sutures digestives latérales.

KILAM (39 .) a montré expérimentalement chez le rat la moindre solidité des anastomoses en milieu septique. Il a trouvé une différence suivant les germes : les anastomoses les plus fragiles accompagnant l'infection à E. Coli.

5.5 ELEMENTS DU PRONOSTIC

5.5.1 Les tares préexistantes et lésions associées

Elles apportent une note péjorative certaine (cf page 95)
On note la gravité pour les tares : de l'hypertension, de l'obésité, du diabète (100 % de mortalité). Pour les lésions associées, l'atteinte thoracique est particulièrement péjorative -100 % de mortalité-.

5.5.2 L'âge

En ce qui concerne les étiologies non traumatiques, il existe des guérisons pour les tranches d'âge jusqu'à 70 ans (schéma 25 page 145)

	<u>Tranche d'âge</u>	<u>Mortalité</u>
<u>Etiologie non traumatique</u>	0 - 20	62 %
	20 - 30	58 %
	30 - 40	80 %
	40 - 50	50 %
	50 - 60	71 %

PRONOSTIC SUIVANT L' AGE

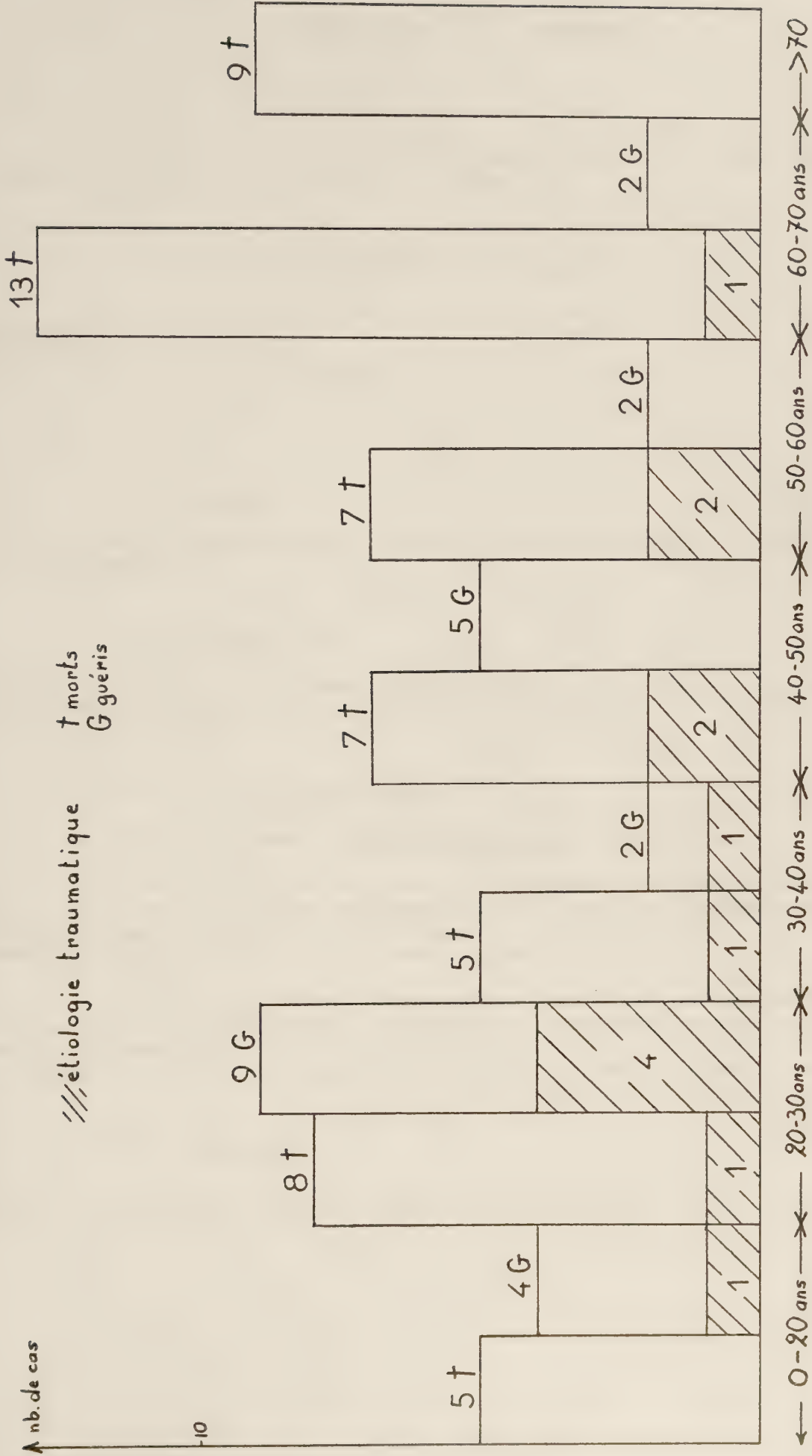


Schéma 25

<u>tranche d'âge</u>	<u>Mortalité</u>
60 - 70	86 %
70 - 80	100 %

Par contre, pour les étiologies traumatiques, on ne trouve aucune guérison au delà de 40 ans (schéma 25 page 145).

	<u>tranche d'âge</u>	<u>Mortalité</u>
<u>Etiologie</u> <u>traumatique</u>	20 - 30	20 %
	30 - 40	50 %
	+ de 40	100 %

5.5.3 Le sexe

Nous ne trouvons pas de différence pronostique entre les deux sexes dans notre série.

5.5.4 L'organe lésé

Nous avons vu (schémas 23 et 24, pages 139 et 141) que seule, la chirurgie gynécologique a un pronostic plus favorable.

5.5.5 Le délai diagnostique

Il apparaît comme un élément déterminant (schéma 19, page 134)

On obtient 42 % de guérisons si le diagnostic est fait dans les 48 heures. Puis, deux fois moins de chances au delà, avec 100 % de mortalité si la péritonite évolue depuis plus de 15 jours. C'est là un argument pour la réintervention précoce.

Le délai écoulé entre l'intervention initiale et la reprise opératoire qui pour nous suit immédiatement le diagnostic, n'influence pas le pronostic (schéma 28, page 157). Seul compte le délai écoulé depuis l'apparition du premier signe anormal.

5.5.6 La biologie

Le taux d'urée sanguine est un facteur de pronostic : 100 % de mortalité lorsque ce taux a dépassé 2 g/litre (schéma 17, page 129).

5.5.7 La cure chirurgicale

Nous verrons en chapitre 7 les conditions qu'elle doit remplir (nettoyage du péritoine, traitement de la cause, drainage correct) pour être efficace.

La péritonite post-opératoire ayant une forte propension à récidiver, il ne faut pas hésiter à réintervenir puisque nous enregistrons dans notre série des guérisons jusqu'à 5 réinterventions successives chez le même malade (schéma 22, page 137).

Chapitre 6

BACTERIOLOGIE

6.1 FLORE PERITONEALE

6.1.1 Type de flore (schéma 26, page 149)

Le type de flore rencontré dans les péritonites généralisées post-opératoires est le plus souvent la flore multiple : 38 fois sur 46 cas connus avec 7 guérisons. Cette flore multiple se modifie assez rapidement au cours de l'évolution, une association de 2 ou 3 germes se trouvant remplacée par 2 ou 3 autres (cf page 152)

Une flore anaérobie a été trouvée 15 fois dont 4 guérisons (cf chapitre 7.4.4, page 168).

La flore à germe unique est l'exception : 6 cas. Nous n'avons trouvé qu'une seule culture stérile sur 46 (erreur technique probable).

6.1.2 Les germes en cause (schéma 26, page 149).

Nous rejoignons de nombreux auteurs pour accorder la première place à E. Coli qui fragilise le plus les anastomoses (cf page 144). Proteus mirabilis est également très fréquent (PERFILEV - 69 -)

Tous les types de germes peuvent être trouvés :

<u>GERME</u>	<u>NOMBRE DE FOIS</u>	<u>RESISTANCE AU TRAITEMENT ANTIBIOTIQUE (1)</u>
E. Coli	30	4
Proteus Mirabilis	15	3
Streptocoque foecalis	11	4
Klebsiella pneumoniae	10	1
Entérocoque	8	0
Staphylocoque doré	8	0
Pyocyanique	8	1
Welchia perfringens	8	0
Ristella	8	1
Enterobacter	4	0
Streptocoque	3	0
Levures	3	0
Staphylocoque epididermis	3	1
Serratia	2	0

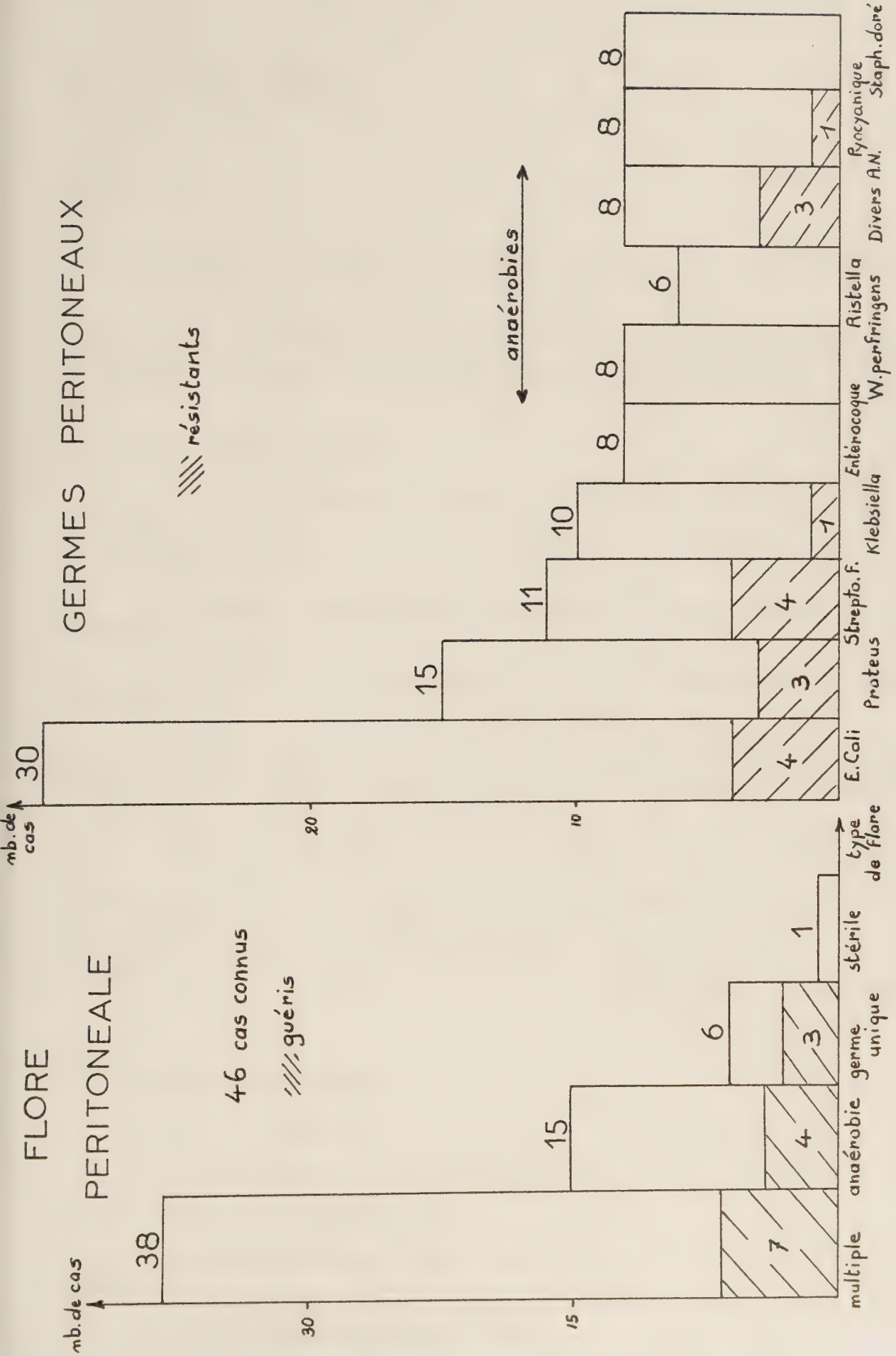


Schéma 26

Streptocoque hémolytique	2	R
Catenabacterium anaerobie	2	O
Bifidobacterium cornutum AN	1	R
Clostridium tertium	1	R
Moraxella	1	O
Providencia	1	R
Citrobacter	1	O

- (1) soit résistance à un traitement systématique aveugle, soit résistance apparue en cours de traitement initialement adapté.

Les péritonites à Ristella présentent des caractères particuliers (LORTAT JACOB - 73 - à propos de 8 cas) : difficulté d'isolement du germe, association à un ictère cholostatique, résistance aux antibiotiques courants.

6.2 HEMOCULTURES (Schéma 27, page 151)

Sur 44 cas connus, les hémocultures ont été trouvées :

- stériles 17 fois dont 3 guérisons
- positives 27 fois dont 7 guérisons

Les germes sont généralement les mêmes que ceux trouvés dans le péritoine.

La flore est souvent multiple : 2 germes (4 fois) parfois 3 germes (2 fois).

La série comporte 6 cas de septicémies à germes anaérobies dont 3 ont guéri (observation n° 29 : clostridium perfringens ; observations n° 36 : Ristella pseudo insolita ; observation n° 55 : Corynebacterium liquefaciens)

Comme pour la flore péritonéale, on note une grande labilité dans le temps, un germe en remplaçant un autre, par exemple :

observation n° 5	Ristella	puis	Klebsiella
Observation n° 32	Colibacille	puis	Serratia
Observation n° 58	Klebsiella	puis	E. Coli
Observation n° 80	E. Coli	puis	Pyocyanique + Staphylocoque epididermis

6.3 LES AUTRES PRELEVEMENTS

6.3.1 Les urines

Elles contiennent en général les mêmes germes que le péritoine

6.3.2 La trachée

Contient toutes les flores possibles surtout en cas de ventilation assistée.

6.3.3 Le liquide céphalo-rachidien

Sur 8 cas connus, a été trouvé 6 fois stérile.

6.3.4 Le liquide pleural

Etait 3 fois stérile sur 5 cas connus

6.3.5 La bile

Recueillie dans les cas de drainage contenait les mêmes germes que l'hémoculture.

6.4 EVOLUTION DE LA FLORE ABDOMINALE EN CAS DE LAVAGE PERITONEAL

Cette étude n'a malheureusement pas été menée de façon systématique et nous ne disposons pas de données quantitatives. Nous présentons à titre documentaire les résultats qualitatifs d'un petit nombre de cas :

OBSERVATION N° 44 (guéri)

8 litres de serum salé + 1 litre avec deux ampoules de Noxythioline par 24 heures.

<u>Prélèvement</u>	<u>Examen direct</u>	<u>Cultures</u>
- péritoine au départ	(-)	Staphylocoque epididermis
- 4e jour Sarratoga	?	Enterobacter cloacae Streptocoque viridans E. Coli
- 7e jour liquide de lavage	Nombreux G(-)	Enterobacter cloacae Klebsiella
- 8e jour poche	?	Streptocoque foecalis pyocyannique type 1 Staphylocoque aureus Klebsiella Enterobacter cloacae
- 10e jour prélèvement abdominal	Nombreux G(-) Nombreux G(+)	Staphylocoque aureus Streptocoque hémolytique B Streptocoque foecalis Pyocyannique type 10 Klebsiella

OBSERVATION N° 56 (décédé) Lavages péritonéaux à la Bétadine diluée

- péritoine au départ	Bacilles G(-) (+) Diplocoques G(+)	Proteus vulgaris Streptocoque foecalis Pyocyannique 2 AN Ristella P.I. AN Clostridium tertium
-----------------------	---------------------------------------	---

- 3e-4e jour liquide péritonéal (drainage à ventre ouvert)	?	Pyocyanique 16 Streptocoque foecalis Acinetobacter calcoaseticus Candida albicans
--	---	--

OBSERVATION N° 66 (décédé)

Lavages 6 litres / jour avec 2 Noxythioline puis Bétadine 10 ml par litre de sérum (6 litres par jour)

- péritoine au départ (2 ampoules Noxythioline in situ)	Bacilles G(-) (+) nombreux Quelques diplocoques G (+)	Pyocyanique type 6 Enterobacter cloacae Staphylocoque epi- didermis E. Coli AN (-)
- 6e jour liquide abdominal	Nombreux bacilles G (-), quelques G(+) Nombreux diploco- ques G (+)	E. Coli AN : bacteroïdes fragilis

OBSERVATION N° 67 (décédé)

Lavages au sérum : 6 litres / 24 heures Bétadiné 10 % à partir
du 12ème jour

- Péritoine au départ	(-)	streptocoque foecalis
- 1e jour liquide de lavage	?	stériles
- 3e jour liquide de lavage	(-)	Klebsiella
- 1 mois pus abdominal	rares bacilles G(-) Quelques Cocci G(+)	Klebsiella Streptocoque foecalis Staphylocoque aureus E. Coli

OBSERVATION N° 77 (décédé)

Lavages du péritoine : Bétadine (10 ml/l) 6 l/j x 2
6 l sérum + 3 ampoules Noxythioline / jour x 7 j
6 l sérum + 60 mg Gentamycine / jour x 4 jours

<u>Prélèvement</u>	<u>Examen direct</u>	<u>Cultures</u>
- pus abdominal au départ	Bacilles G(-) Cocci G (+)	Staphylocoque aureus Serratia marcescens
- 2e jour (drainage à ventre ouvert) 2 ampoules Noxythioline in situ	?	Serratia marcescens Staphylocoque aureus Pyocyanique 3 Klebsiella pneumoniae Streptococcus faecalis
- 5e jour liquide péritonéal	Nombreux G(-) rares Cocci G(+)	Pyocyanique 3 Klebsiella Serratia marcescens Streptocoque faecalis Staphylocoque aureus

L'impression qui résulte de ces quelques données qualitatives est qu'aucun des antiseptiques ou antibiotiques utilisés dans la solution de lavage n'a stérilisé le contenu péritonéal. Celui-ci semble au contraire évoluer d'une façon assez autonome en suivant une sorte de cycle, un germe en chassant un autre. Le rôle essentiel des lavages péritonéaux semble être plutôt la détersion mécanique, d'où la nécessité d'utiliser des volumes importants (6 litres par jour au minimum parfois davantage : cf pages 164 - 165).

Chapitre 7

DONNEES THERAPEUTIQUES

7.1 LES BUTS DU TRAITEMENT

- supprimer la cause de l'ensemencement ou de réensemencement permanent du péritoine
- drainer correctement la cavité
- se mettre à l'abri d'une maladie péritonéale évolutive pour son propre compte malgré la suppression de sa cause.
- soutenir les défaillances des grandes fonctions

Le traitement est donc chirurgical et médical, l'un et l'autre ne sauraient en aucun cas représenter la totalité du traitement, l'un sans l'autre aboutit à un non sens et à la mort.

7.2 LE TRAITEMENT CHIRURGICAL

7.2.1 Les indications

Pour nous le diagnostic de péritonite post-opératoire implique la réintervention sinon immédiate du moins dans un délai très bref -quelques heures destinées à rétablir un état général trop défaillant par une réanimation intensive-.

Il s'agit de supprimer la cause de l'ensemencement péritonéal qui est retrouvée dans tous les cas ou presque (chapitre 2, page 107)

Ce diagnostic est rarement évident (chapitre 4).

Aussi, pensons nous qu'il faut opérer :

- tous les malades de symptomatologie clinique évidente
- tous les chocs septiques qui ne s'expliquent pas par une cause urinaire, ou respiratoire précise, ou par une infection focalisée connue.

- les acidoses métaboliques, les élévations uréiques ne trouvant pas non plus d'explication satisfaisante dans le contexte biologique.

Il faut opérer au moindre doute : il est moins dangereux (quoique non anodin) d'opérer pour rien que de laisser évoluer une péritonite secondaire à bas bruit. Le pronostic désastreux souvent souligné des "relaparotomies blanches" n'est pas dû au geste lui-même, mais au fait que la cause du choc reste inconnue. Comme le souligne MATOMANCEA (58) : "la laparotomie exploratrice est l'attitude la plus correcte dans les cas douteux".

L'expérience de notre série montre que la réintervention est toujours trop tardive.

Dès que le diagnostic ou le soupçon de diagnostic est posé, en principe, il faut réintervenir.

Il peut toutefois y avoir intérêt à attendre quelques heures en cas :

- d'insuffisance rénale avec hyperkaliémie menaçante ; la reprise chirurgicale est alors reportée après une séance d'épuration extra-rénale.
- de choc intense : un délai de 2 à 4 heures nous paraît raisonnable pour pratiquer une réanimation intensive, l'amélioration de l'état général ne fait, immédiatement, en aucun cas modifier l'indication opératoire primitive. La persistance du choc malgré les mesures réanimatoires, de toutes façons, est une indication formelle à l'intervention dans les deux heures qui suivent.

7.2.2 La réintervention pour péritonite post-opératoire.

7.2.2/1 Délai après l'intervention initiale.

Il est donné par le schéma 28, page 157 . S'il s'explique dans certains cas par un temps de latence avant le déclenchement de la péritonite post-opératoire, il est bien souvent augmenté par un retard apporté au diagnostic comme nous l'avons montré au chapitre 4.

7.2.2/2 La voie d'abord

Elle doit permettre l'exploration de toute la cavité péritonéale du pelvis aux coupes. Le petit débridement, la "boutonnière" sont insuffisants.

C'est pourquoi la laparotomie médiane est pratiquée dans plus de 90 % des cas de notre série.

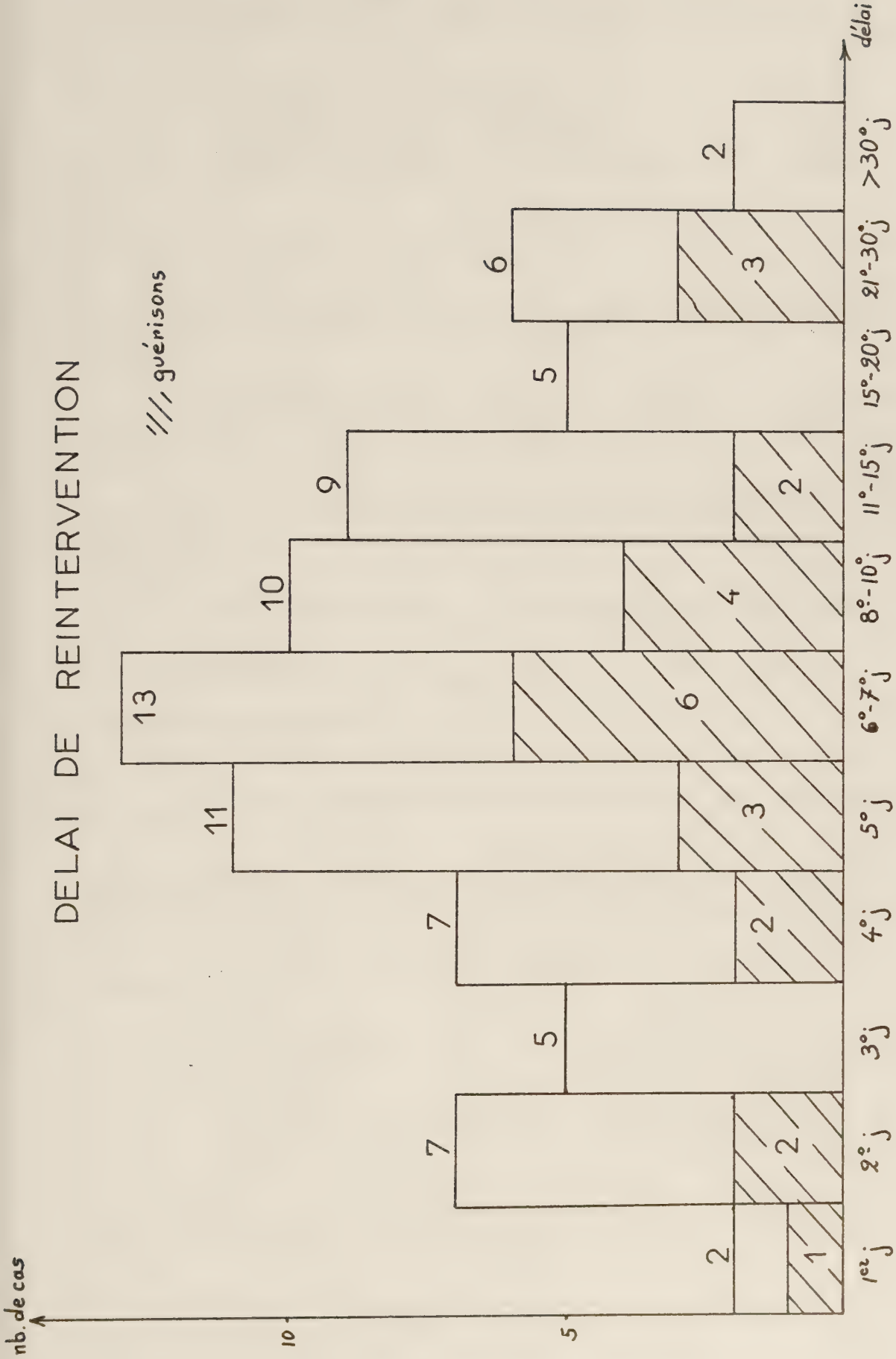


Schéma 28

Il faut cependant tenir compte de la première incision parfois largement infectée et éviter de tailler des lambeaux voués à la nécrose.

- laparotomie médiane à cheval	48 fois
- laparotomie médiane sus-ombilicale	6 fois
- laparotomie médiane sous-ombilicale	18 fois
- reprise d'incisions initiales diverses	8 fois

7.2.2/3 Le traitement des lésions

Il doit être complet. Il ne faut pas craindre les exérèses étendues, l'éradication du foyer originel, seule façon de rendre parfois un drainage efficace.

Au niveau du grêle, il ne faut pas craindre de "pousser" les résections pour simplifier la disposition des anses restantes, diminuer la surface séreuse infectée et faciliter le drainage actif.

La précarité des sutures en milieu suppuré (chapitre 5, pages 142-4) surtout sur une récidive de lâchage doit faire préférer les indications de stomies cutanées ; on peut être amené à pratiquer des iléostomies terminales temporaires.

Ainsi dans notre série, le geste opératoire a consisté en :

- stomies cutanées (dont 13 iléostomies terminales)	36
- résections anastomoses	15

Le détail des gestes opératoires pratiqués est donné dans le schéma 29, page 159.

On peut remarquer qu'aucune gastrostomie n'a été pratiquée. Au contraire, deux fois, une gastrostomie précédente a été à l'origine de la péritonite et a dû être fermée (observation n° 65) ou réparée (observation n° 20).

On trouve beaucoup plus de guérisons chez les malades ayant eu une stomie cutanée :

- duodénostomie	1 guérison (observation 4)
- cystostomie	1 guérison (observation n° 61)
- iléostomie	2 guérisons (observation 48 et 49)
- coecostomie	2 guérisons (observations 44 et 52)
- colostomie transverse	1 guérison (observation 47)
- cholecystostomie	1 guérison (observation n° 59)

Au contraire, les malades ayant subi une résection anastomose digestive sont tous morts sauf un (observation n° 4, G.E.A. mais associée à une

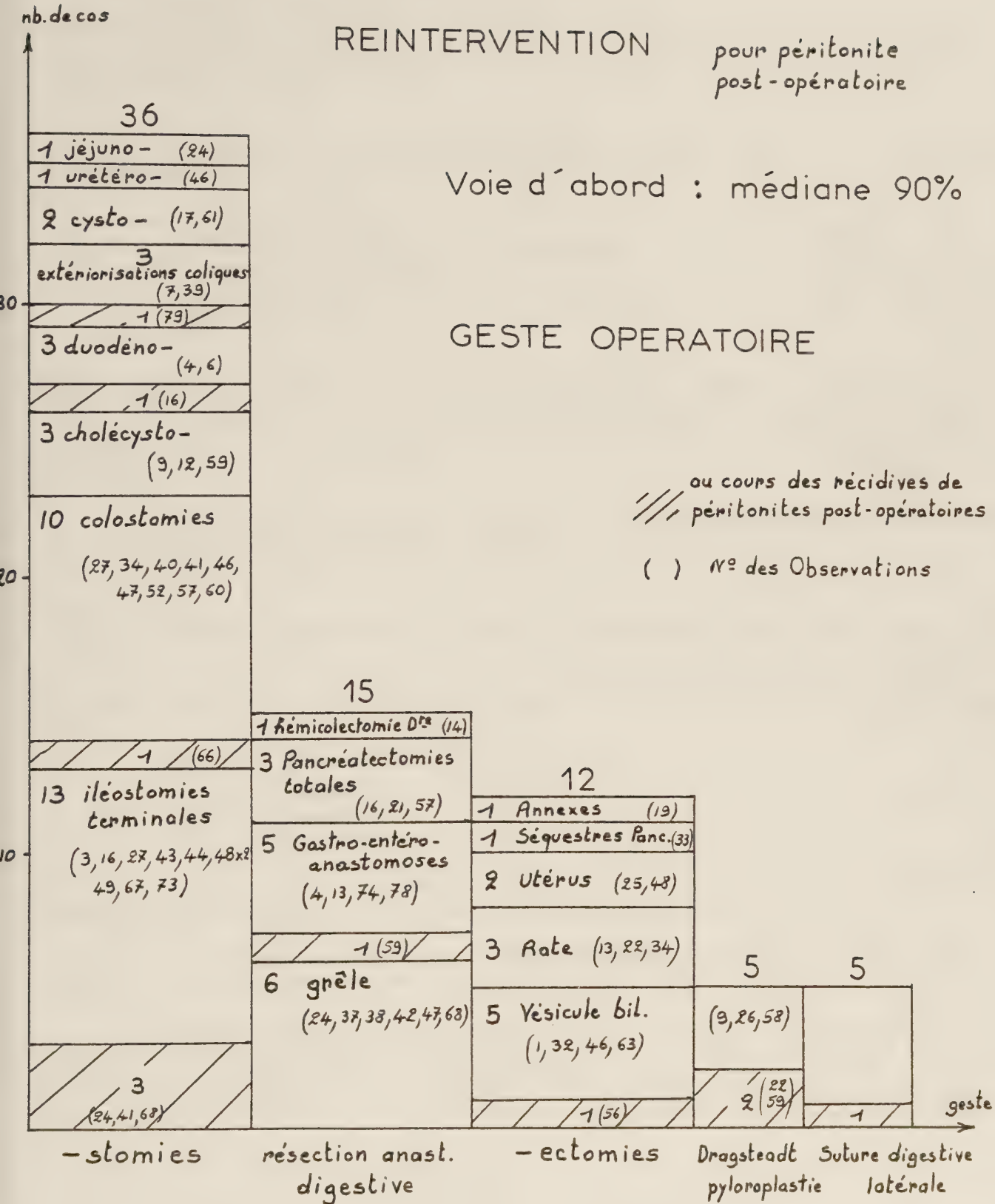


Schéma 29

duodénostomie au niveau de l'ulcère perforé suturé et lâché).

La plupart des auteurs recommandent ainsi des stomies temporaires :
 LOYGUE (51) : jéjuno et iléostomie terminale avec réinjection dans le bout inférieur ; NOHRWOLD (60) : colostomie terminale temporaire dans les péritonites fécales d'origine colique.

L'entérotomie de vidange n'a été pratiquée qu'une seule fois (observation n° 50 : guérison). Les autres sutures digestives latérales ont consisté en :

- suture d'une brèche colique	Obs. n° 5
- réfection d'anastomose gastro-jéjunale	Obs. n° 10
- fermeture de gastrostomie	Obs. n° 65
- réfection d'une entérotomie déhiscente lors d'une récurrence	Obs. n° 54

Nous avons montré page 144 que ces sutures digestives latérales en milieu septique ont un meilleur avenir que les anastomoses. Cependant, nous préférons la vidange manuelle vers l'estomac avec aspiration gastrique, à l'entérotomie de vidange, bien que la manipulation des anses grèles soit un facteur de choc supplémentaire.

La mésentéricoplicature à la Childs n'a jamais été pratiquée. Au contraire, il a fallu défaire le montage préexistant pour réaliser une entérolyse à plusieurs reprises. (exple : Obs 32).

7.2.2/4 Le lavage péritonéal au cours de l'intervention est un geste essentiel.

Il doit être abondant et répété jusqu'à l'obtention d'un liquide propre en retour. Dans notre série, il a été pratiqué dans tous les cas ; sur 41 cas précisés :

- sérum simple	7 fois
- solution iodée 2 %	26 fois
- sérum + Hexomédine	2 fois
- sérum + Noxythioline	6 fois

Malgré un très large emploi des solutions iodées, nous n'avons jamais rencontré une seule fois d'allergie ou de réaction générale.

De nombreux auteurs utilisent des solutions contenant des antibiotiques laissés in situ, en particulier la Céphaloridine (FOWLER - 22 -)

De toute manière, dans les cas de souillure massive de la cavité péritonéale, le nettoyage complet est souvent impossible ; il reste souvent des fausses membranes adhérentes qu'on ne peut "peler" sans dépéritoniser (chapitre 2, P. 112) et qui sont des réserves de germes. Il y a lieu de prévoir un système de drainage.

7.2.2/5 Système de drainage (schéma 30, page 162)

Nous utilisons :

- des drains passifs, type drain multi-tubulé de Yeats en silicone.
- des drains actifs, drains aspiratifs type drain de Saratoga ou drain de Shirley, à deux voies avec prise d'air.

Ces différents types de drains sont souvent couplés et placés en plusieurs exemplaires aux différents points de collection liquidienne. Ainsi, se trouve réalisé un système de drainage multiple actif (exemple schéma page 39).

Les drains sont munis de dispositifs de recueil fiables : poches collées, cloche, lits spéciaux de Levy.

Ainsi, dans notre série, le drainage a consisté en :

- | | |
|---------------------------------|-----------------------|
| - drainage multiple actif | 60 fois |
| - drainage simple non aspiratif | 17 fois |
| - non fermeture du péritoine | 9 fois (cf page 166) |

Si nous avons rencontré de nombreux cas où la péritonite post-opératoire était due à un drainage insuffisant ou mal placé, ou bouché après l'intervention initiale, nous n'enregistrons dans notre série qu'un seul cas d'accident iatrogène dû au drainage : observation n° 59 - perforation vésiculaire au contact d'un drain multi-tubulé de Yeats.

7.2.2/6 La fermeture pariétale -ou sa non fermeture-

Tout réopéré infecté est un éviscéré en puissance. La fermeture réalise une suture de tissu infecté ou, au moins, contaminé.

Il y a donc intérêt :

- à laisser la peau ouverte ;
- à évacuer l'épanchement septique sous-pariétal dont la stagnation réinocule continuellement le plan musculaire. A éviter les décollements.

A la suture monoplan au gros fil de métal, nous préférons actuellement la suture du plan musculo-aponévrotique au gros fil résorbable synthétique, soutenu tous les 4 points par un fil total de bronze.

La peau est laissée ouverte, les fils de bronze suffisant à la rapprocher.

Entre les viscères et la paroi, une large lame de silastic multi-tubulée ressortant par l'une des extrémités de la plaie assure l'évacuation

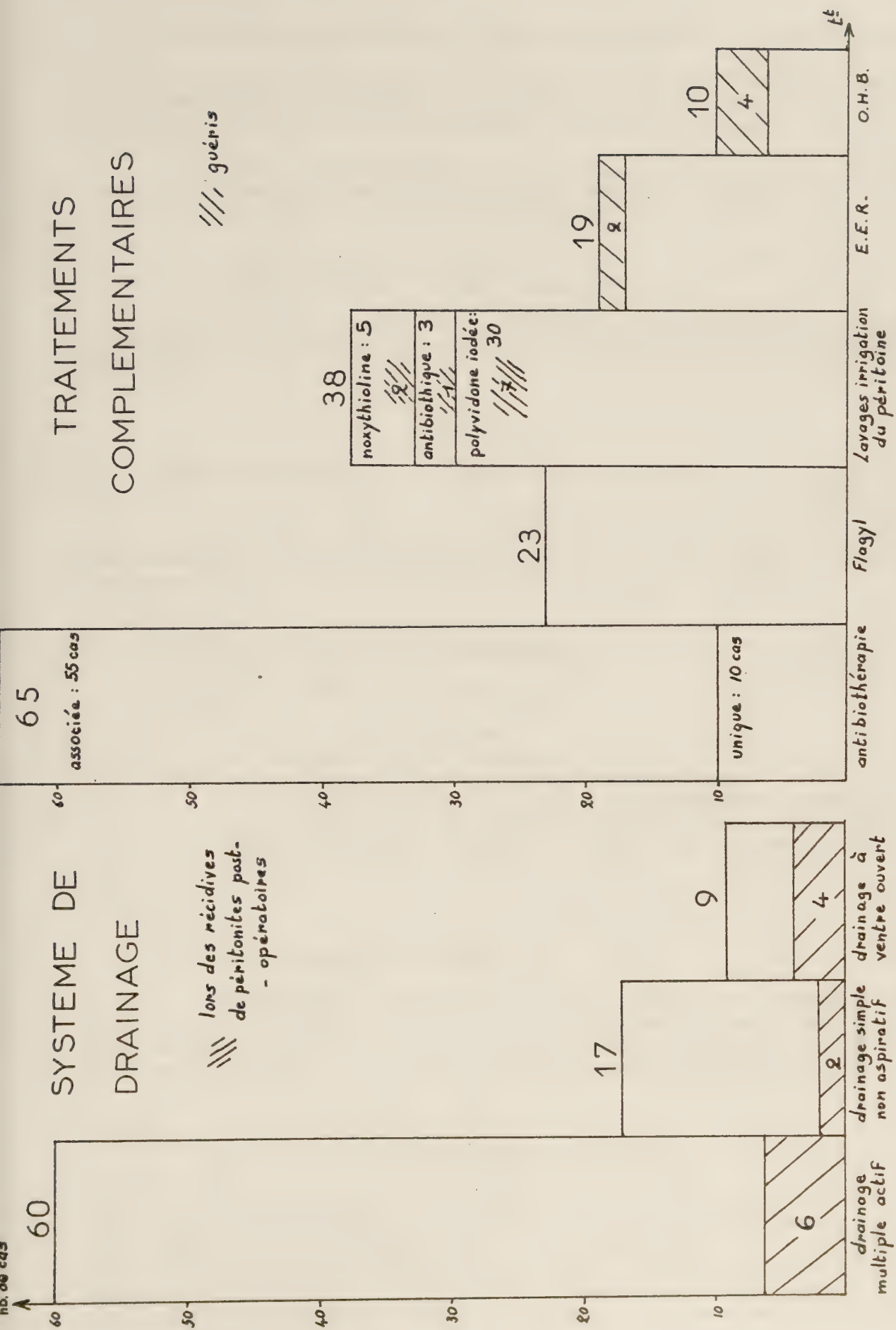


Schéma 30

Schéma 31

de l'épanchement local et évite le contact des anses avec les fils pariétaux.

Ce drainage de la paroi est évidemment associé à d'autres drains placés dans les zones déclives du péritoine, sortant par des contre-incisions des flancs ou par une ancienne incision de Mac Burney à droite.

Certains états gangréneux de la paroi qui nécessitent une excision large des berges nécrosées, constituent une indication du drainage à ventre ouvert que nos maîtres ont mis au point (schéma page 166).

Ce système permet la révision itérative tous les deux jours de l'état péritonéal sans nouvelle laparotomie.

Le péritoine est fermé secondairement une fois le ventre approprié. Plusieurs malades désespérés ont été sauvés en partie grâce à ce système (cf page 167).

7.3 TRAITEMENT MEDICAL (d'après LARCAN - 45, 46 -)

Ce travail n'étant pas axé sur l'aspect réanimation, nous nous contenterons après avoir souligné une fois de plus son importance, d'énumérer les grands axes du traitement médical :

7.3.1 Aspect cardio-vasculaire.

Le traitement du choc associe :

- la lutte anti-infectieuse
- le traitement de la péritonite
- le remplissage sous surveillance hémodynamique
- l'emploi d'Isoprotérénol et d'autres analeptiques, de sympathicolytiques alpha et bêta parfois très difficiles à manier, de Glucagon, d'anti-enzymes, et l'usage nuancé d'hormones corticoïdes.

7.3.2 Aspect respiratoire

L'insuffisance respiratoire aiguë progressive avec hypoxémie nécessite souvent l'intubation avec ventilation assistée à pression inspiratoire positive continue et souvent continuée à la télé-expiration et peut poser le problème d'une respiration assistée avec oxygénation extra-corporelle.

7.3.3 Aspects nutritionnel et métabolique

La correction des divers désordres métaboliques doit être complétée par un très gros apport calorique, l'hyperalimentation pouvant faire appel selon les circonstances, soit à la voie parentérale, soit à la réanimation entérale à faible débit continu, soit à l'utilisation des sondes nasales, de sondes de gastrostomie ou de jéjunostomie, soit enfin à une alimentation par voie naturelle rarement possible et suffisante chez ces malades.

7.3.4 Aspect hépato-rénal

L'insuffisance rénale aiguë est très fréquente, soit sous forme oligo-anurique, soit sous forme à diurèse conservée. Il s'agit d'une néphropathie tubulo-interstitielle et deux facteurs sont essentiels dans sa survenue : l'hypovolémie et le choc septique.

Les manifestations hépatiques entrent dans le cadre du foie de choc et sont caractérisées sur le plan anatomo-pathologique par une nécrose centro-nodulaire.

La thérapeutique fait appel aux diurétiques, à la restriction hydrique, à un régime de type italien, à des hémodialyses fréquentes précoces et répétées, mais le geste chirurgical est essentiel, éventuellement encadré par les hémodialyses.

7.3.5 Autres aspects

En plus de ces aspects fondamentaux, le traitement médical devra résoudre :

- le problème des hémorragies digestives rentrant souvent dans le cadre des hémorragies du stress
- les problèmes immunitaires
- le problème des électrolytes rares
- les problèmes d'hémostase
- les problèmes neuro-méningés

7.4 LES TRAITEMENTS COMPLEMENTAIRES

7.4.1 Le drainage-lavage

Nous l'avons utilisé 38 fois. Les débits sont élevés : 8 à 12 litres de sérum salé par 24 heures parfois plus (schéma 31, page 162).

- Polyvidone iodée à 2 %	30 fois	7 guérisons
- Noxythioline (2,5 à 5 g/l)	5 fois	2 guérisons
- Antibiotiques selon l'antibiogramme	3 fois	1 guérison

L'effet de lavage est probablement plus important que l'effet bactéricide des drogues dissoutes.

On ne doit pas mélanger produits iodés et Noxythioline.

L'efficacité de ces produits est certaine dans les cavités limitées. Au niveau des drains péritonéaux, la flore change mais la stérilisation du liquide de sortie est rarement obtenue (chapitre 6, p 152)

La Noxythioline dont le principe est une lente libération de formol in situ ne paraît pas plus efficace que les produits iodés. Pour LEGER (48) ce produit permet une stérilisation de la cavité abdominale ; ceci ne nous paraît pas évident et nous rejoignons les travaux de GURRY (28) qui dans un essai thérapeutique comparatif sur une série d'appendicites perforées ne trouve pas de différence évolutive entre les malades traités par la Noxythioline intrapéritonéale et les malades témoins, "ce qui soulève des doutes quant à savoir si cette substance joue un rôle sur la péritonite lorsqu'on l'utilise en intrapéritonéal". HOLLENDER (30) l'utilise avec succès associé à de très grands lavages péritonéaux dans une série de 30 péritonites fécales sans préciser les rôles respectifs du lavage et du produit : en effet, comme nous, il utilise des quantités de 6 à 10 litres par jour pendant 8 à 10 jours.

Nous n'avons jamais eu de problème d'intolérance avec les produits iodés à 2 %, même en cas d'utilisation prolongée.

Quant aux antibiotiques utilisés en injections intra-péritonéales, ils donnent de bons résultats pour les auteurs :

- la Céphaloridine a été utilisée en étude randomisée par FOWLER (22) dans des péritonites appendiculaires : un seul abcès résiduel sur les 36 patients traités contre 6 sur les 33 témoins (posologie : 25 mg/kg). PELOSO (68) l'ajoute au liquide de lavage, ainsi que RAMBO (75)

- divers antibiotiques donnent des résultats pour SCHMITT (78), KIENE (38), MUHE (59).

L'effet favorable du lavage drainage avec des solutions salines simples ou additionnées d'antibiotiques a été prouvé par BHUSHAN (7) sur 30 cas de péritonites diffuses, et ANTONENKOV (2).

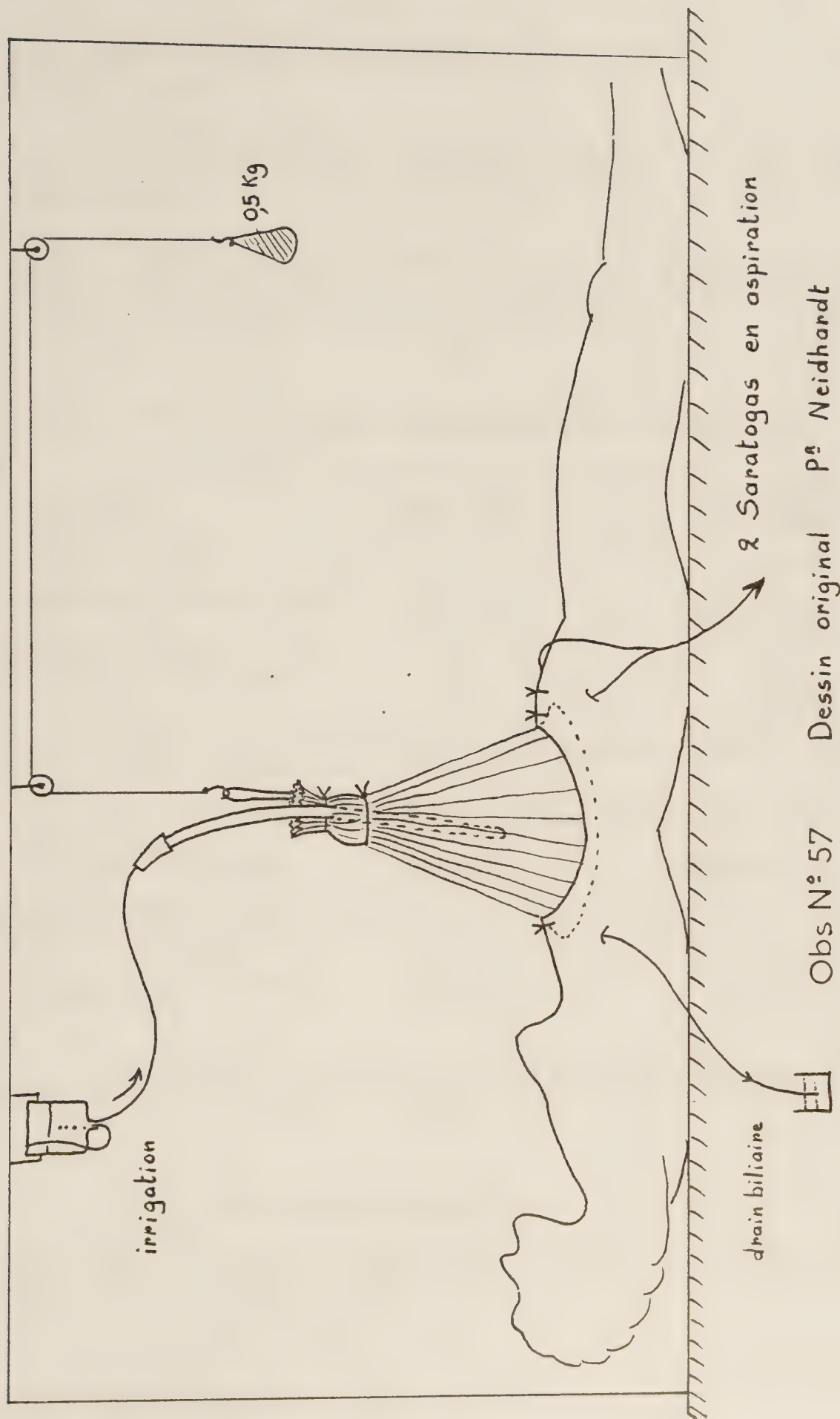
Quoi qu'il en soit, il est difficile de maintenir une irrigation à grand débit au delà de 3 jours sans incident de rétention ou sans création de "chenaux préférentiels".

C'est pourquoi nous avons proposé le drainage à "ventre ouvert" permettant la révision permanente de la cavité péritonéale (schéma page 166)

7.4.2 Le drainage à ventre ouvert

On utilise un champ de protection en plastique du type "wound protector". L'anneau semi-rigide de cet appareil est glissé sous la paroi en faisant attention qu'il n'appuie pas sur les éventuelles entérostomies.

Les deux extrémités de la plaie sont resserrées par un gros point total. La jupe de plastique est relevée et liée autour d'une simple tubulure qui permet l'arrivée du liquide de lavage. Une traction verticale de 500 g assure une bonne adhérence de l'anneau au plan profond de la paroi.



La tranche pariétale, éversée, peut être régularisée à la demande, tandis que la transparence du dispositif permet de suivre l'évolution viscérale et péritonéale.

La tolérance du dispositif est bonne. Le transit reprend habituellement. Il faut veiller à la bonne humidification des anses, et compenser les pertes hydriques et caloriques qui sont augmentées comme dans une brûlure de grande surface.

9 tentatives sur des témoins très péjoratifs nous ont permis d'obtenir 3 fois la guérison de la péritonite avec fermeture pariétale retardée entre le 5ème et le 8ème jour (observations n° 44, 56, 57, 58, 66, 67, 77, 79, 80 ; guérison de la péritonite : observations n° 44, 67, 80.)

7.4.3 Le traitement antibiotique par voie générale

Dans les cas connus de notre série, on enregistre :

<u>TRAITEMENT</u>	<u>NBE DE CAS</u>	<u>GUERISONS</u>
un seul antibiotique	10	2 (20 %)
associations d'antibiotiques	57	17 (30 %)
Flagyl (20 CC x 6 / j dans S.N.G.)	23	6 (26 %)

Il ne semble donc pas exister de différence pronostique suivant le type de traitement antibiotique utilisé.

Plus intéressant, sur un total de 40 cas avec antibiogrammes connus :

<u>SENSIBILITE DES GERMES</u>	<u>NBE DE CAS</u>	<u>GUERISONS</u>
tous les germes sensibles (antibiothérapie adaptée)	27	4 (15 %)
un seul au moins des germes résistant	13	3 (23 %)

Il ne semble pas non plus exister de différence pronostique suivant que le traitement antibiotique administré par voie générale est efficace ou non.

7.4.4 L'oxygénothérapie hyperbare

On a été amené à l'utiliser en pré et post-opératoire dans un certain nombre de cas où existait une gangrène gazeuse de paroi, et quelquefois sur des données bactériologiques :

<u>O.H.B. pour</u>	<u>Nombre de cas</u>	<u>Guérisons</u>
gangrène gazeuse de paroi (obs. 8,18,25,36,45,65,66)	7	3 (25,36,65)
germes anaérobies dans le péritoine (obs. 41,68)	2	0
fracture ouverte du fémur avec Clostridium anaérobie (obs. 29)	1	1
TOTAL	10	4 (40 %)

D'autres malades n'ont pas eu d'oxygénothérapie hyperbare et cependant la bactériologie a révélé la présence d'une flore anaérobie.

<u>Germs anaérobies</u>	<u>Nombre de cas</u>	<u>Guérisons</u>
- dans le péritoine	9	2
Ristella	4	1 (2)
(2,32,40,56)		
Welchia perfringens	4	1 (80)
(27,48,54,80)		
Divers	1	0
(58)		
- dans les hémocultures :	5	1
Ristella	2	0
(5, 15)		
Corynebacterium	2	1 (55)
(21, 55)		
Plectridium	1	0
(42)		
Tertium		
TOTAL	14	3 (21 %)

L'emploi de l'O.H.B. semble donc avoir amélioré le pronostic lorsqu'il existait des germes anaérobies.

BELOKUROV (5) a utilisé l'oxygène hyperbare pour améliorer la mortalité du tractus gastro-intestinal dans les cas de péritonite diffuse.

7.4.5 L'épuration extra-rénale

Elle a été employée chez 19 malades de notre série (observations n° 4, 12, 15, 21, 22, 26, 27, 32, 41, 42, 46, 53, 54, 56, 58, 61, 71, 78, 79), dont deux seulement ont guéri (observations n° 4 et 61).

Ceci confirme le fait qu'un taux d'urée ayant dépassé 2 g/litre est péjoratif pour l'évolution.

CONCLUSIONS

L'étude de 80 observations de péritonites post-opératoires diffuses graves, constatées à la réintervention, nous permet de conclure :

1°) leur fréquence est de 1,35 pour 100 interventions abdominales, quels que soient l'âge et le sexe. Du point de vue étiologique, deux grands groupes sont à distinguer :

Dans 80 % des cas, l'étiologie est non traumatique, survenant au décours de tous les types d'interventions abdominales, en premier lieu desquelles l'appendicectomie.

Dans 20 % des cas, l'étiologie est traumatique; au premier rang se rencontre la splénectomie.

Les défauts d'exploration, les sutures digestives en milieu septique, le drainage insuffisant, l'antibiothérapie systématique inefficace, sont les principaux facteurs responsables lors de l'intervention initiale.

2°) une cause précise d'ensemencement péritonéal est trouvée dans tous les cas (lâchage de suture une fois sur quatre ; abcès résiduels ; perforations viscérales ; suppurations extrapéritonéales propagées au péritoine, etc ...)

La flore péritonéale est multiple et labile dans le temps. Tous les germes peuvent être rencontrés (*E. Coli* , *Proteus mirabilis*, anaérobies une fois sur trois). Les hémocultures sont positives deux fois sur trois. La stérilisation abdominale n'est obtenue par aucun procédé, et le mécanisme de diffusion péritonéale est dominé par des facteurs mécaniques.

3°) la péritonite post-opératoire survient après un temps de latence, de un à trente jours, dans 65 cas.

Dans 15 cas, la péritonite initiale récidive.

La propension à la récidive est forte : double et triple péritonite post-opératoire (surtout en cas d'anastomose digestive).

4°) du point de vue clinique, l'état général est gravissime : fièvre, choc septique, insuffisance rénale à diurèse conservée ou non, troubles respiratoires, ictère, troubles cardiaques, et psychiques, en sont les éléments essentiels.

Les signes fonctionnels sont : la douleur, les vomissements copieux par hypersécrétion, l'arrêt des matières et des gaz, la diarrhée.

L'examen physique est pauvre : l'abdomen météorisé se défend de fa-

con diffuse sans contracture franche dans 90 % des cas. Des lésions pariétales existent une fois sur quatre (nécrose, gangrène gazeuse, éviscération), associées à un écoulement anormal par les drains.

5°) chez un opéré récent, il faut toujours être alerté par une aggravation de l'état général, et penser qu'elle peut correspondre à une péritonite au début, d'évolution insidieuse. En définitive, les premiers signes anormaux sont, dans l'ordre d'apparition : le collapsus, la fièvre, l'oligurie, l'occlusion.

6°) le pronostic est sévère : 20 % seulement de guérison dans notre série.

Ses principaux éléments sont :

- les tares préexistantes et lésions associées
- l'âge (aucune survie après 40 ans dans les étiologies traumatiques)
- le délai du diagnostic : deux fois moins de chance de guérison après 48 heures d'évolution de la péritonite.
- le taux d'urée sanguine mortel s'il dépasse 2 g / litre.

7°) le traitement doit s'efforcer de supprimer la cause de l'ensemencement péritonéal, drainer correctement la cavité, mettre à l'abri d'une maladie péritonéale évolutive, soutenir les défaillances des grandes fonctions.

L'association des traitements chirurgical et médical est seule concevable et indispensable.

Les indications de réintervention doivent être larges, au moindre doute, et sans délai (sauf en cas d'insuffisance rénale avec hyperkaliémie menaçante, ou de choc intense).

La voie d'abord médiane permet l'exploration totale de la cavité abdominale, et le lavage péritonéal soigneux. Il faut éradiquer le foyer originel, ne pas craindre les exérèses étendues, et préférer les indications de stomies cutanées parfois temporaires.

Nous utilisons un système de drainage multiple et actif.

La paroi est fermée en monoplan, la peau laissée ouverte. Certaines excisions larges des berges nécrosées constituent une indication du drainage à ventre ouvert que nos maîtres ont mis au point.

Les traitements complémentaires efficaces sont : le drainage-lavage péritonéal à grand débit, l'oxygénothérapie hyperbare en cas d'infections anaérobies, et les séances d'épuration extra-rénale.

En définitive, la précocité de la réintervention, facteur principal de la survie, nécessite :

- un diagnostic précoce par une meilleure connaissance des aspects cliniques des péritonites post-opératoires généralisées.

- la réintervention rapide.

Les chances de survie restent de une sur deux, à condition de ré-intervenir dans les 48 heures.

Le Président de la Thèse

Professeur H. LIARAS

Vu le Directeur de
l'Unité ALEXIS CARREL

Professeur R. MORNEIX

Vu et Permis d'Imprimer
Lyon, le 13 décembre 1977
Le Président de l'Université
Président du Comité de Coordination
des Etudes Médicales.

D. GERMAIN

BIBLIOGRAPHIE

Elle est limitée aux publications des cinq dernières années.
 Elle comprend les citations fournies par l'ordinateur MEDLARS II : MEDLINE 75/77 et BACK 72/74, dont ont été exclues plus de 20 références concernant les péritonites chimiques induites par la poudre des gants qui ne font pas partie de notre sujet. Des références françaises ont été rajoutées. Celles marquées d'un * n'ont pu être consultées.

- 1 * ALTEMEIER WA, CULBERSON WR, FULLEN WD
 Sepcis intra-abdominal (anglais)
 Adv. Surg. 5 ; 281 - 333, 1971
- 2 ANTONENKOV GM, BELLAEV MP
 Dialyse péritonéale dans le traitement des péritonites diffuses
 (Russe)
 Khirurgiia (Mosk) 49 (7) ; 70 - 2, Jul. 73
- 3 BARLEHNER E.
 Mucocèle appendiculaire (Allemand)
 Zentralbl Chir. 96 (24) ; 807 - 14 , 12 Jun 71
- 4 BAYER AS, BLUMENKRANTZ MJ, MONTGOMERIE JZ
 Péritonite à candida ; rapport sur 22 cas (Anglais)
 Am. J. Med. 61 (6) ; 832 - 40, Dec. 76
- 5 BELOKUROV IuN, MEDVEDEV VF
 Restauration de la motricité du tractus gastro-intestinal par l'o-
 xygène hyperbare, (Russe) , chez les malades en péritonites diffuses.
 Klin Khir. (5) ; 22 - 5, May 76
- 6 BERTIN P., LEPAGET, PELLERIN D.
 Complications des appendicectomies chez l'enfant
 Revue de pédiatrie (9) ; 131 - 40, 1973
- 7 BHUSHAN C., MITAL VK, ELHENCE IP
 Lavage péritonéal continu post-opératoire, dans les péritonites dif-
 fuses, utilisant des solutions salines et antibiotiques (Anglais)
 Int. Surg. 60 (10) ; 526 -8, Oct. 75

- 8^x BRAUN L., SANATGER R., MICHALKE HJ
Péritonite diffuse évoluée (Allemand)
Bruns Beitr Klin Chir 221 (2) ; 120-8, Mars 74
- 9^x BROWNE CH, CROSS E.
Sepsis intra-abdominal sévère (Anglais)
Proc. R. Soc. Med 69 (4) ; 265-6, Apr 76
- 10 CARLES JF, MIGNON F., HOUDARD C.
Un cas de péritonite par perforation d'un mélanosarcome rectal secondaire
Ann. Chir. 25 (23) ; 1255-8, Nov 71
- 11 COLIN R., BRABET M., SELLAMI A.
L'irrigation dialyse pour drainage actif dans les péritonites généralisées
Chirurgie (98) : 106-12, 1972
- 12 DESBLEDS MT, PRANDI D., DENNINGER P. et Coll.
Diagnostic radiologique des suppurations péritonéales post-opératoires
Problèmes de réanimation.
SPEI ED. (Paris) 8e série, tome 1, 1975
- 13^x DOLINESCU C., STRAT V., VEISA E. et Coll.
Péritonite biliaire ; référence à 12 cas (Roumain)
Rev. Med. Chir. Soc Med Nat Iasi 77 (4) ; 739-45, Oct-Dec 73
- 14^x DUDENKO FI, MAZURIK MV, IVAHENKO LT
Problèmes de prophylaxie et traitement des péritonites après gastrectomie (Russe)
Klin Khir 8 ; 8 -12, Aug 73
- 15 DUPLAY H, MATTEI M, BLAIVE B
Insuffisance rénale aiguë et péritonite. Difficultés diagnostiques.
Orientation du diagnostic par l'alcalose paradoxale.
J Urol Nephrol (Paris) 78 (10) ; 945 - 7, Oct-Nov 72
- 16 ELLIS H., ADAIR HM
Péritonite biliaire, à propos de 15 cas (Anglais)
Postgrad Med J 50 (589) ; 713 - 7, Nov 74
- 17^x EL'STOV-STRELKOV VI, ZAK IR, KRASNOPOL'SKI VI
Description clinique et traitement des péritonites après césarienne (Russe)
Vopr Okhr Materin Det 16 (9) ; 48 - 51, Sep 71
- 18^x ERMOLAEV VR, LEZHNEVA SZ, IARYGIN SA
Issue favorable d'une péritonite fécale avec cholécystite gangréneuse chez un patient après résection pleuro-pulmonaire pour tuberculose (Russe)
Grudn Khir 13 (6) ; 99 - 100, Nov-Dec 71
- 19^x EVSTIGNEEV VE, KOZLOV SV
Cathétérisme prolongé de la veine cave inférieure dans les péritonites aiguës d'origine appendiculaire (Russe)
Khirurgiya (Mosk) 47 (9) ; 123 - 4, Sep 71

- 20^x FE'IZULLA MF, ZAK IR, KULIKOVA NN et Coll.
Acidose métabolique dans les péritonites en pratique obstétricale
(Russe)
Akush Ginekol (Mosk) 48 (1) ; 58 - 60, Jan 72
- 21 FOGLIANI J., BRISAC A., CHAUVIN G.
Les complications respiratoires et pseudo-respiratoires de la chirurgie abdominale.
Problèmes de réanimation
SPEI Ed. (Paris) 8ème série, tome 1, 1975
- 22 FOWLER R.
Essai contrôlé de l'administration intrapéritonéale de céphaloridine dans les péritonites ; 69 patients. (Anglais)
J. Pediatr Surg 10 (1) ; 43 - 50, Feb 75
- 23 GERMAIN A., FAGNIEZ PL, KERDICES Y.
Les complications graves des appendicectomies
Rev. Prat. 26 (1) 31 - 44, 1976
- 24 GERMAIN A., RAPIN M., JULIEN M et Coll.
Les complications infectieuses graves après chirurgie abdominale : A propos de 55 cas.
Chirurgie (100) ; 606 - 16, 1974
- 25 GOULON M., PERRET C., BAGUET J.C.
Physiopathologie et traitement de l'état de choc au cours des infections péritonéales aiguës.
Péritonites aiguës et réanimation.
Exp. Scient. Ed. (Paris) 31, 1973
- 26 GOUZI J.L.
Complications graves de l'appendicectomie
Chirurgie 103 (6) 430 - 39, 1977
- 27 GROSDIDIER J. et Coll.
Les péritonites post-opératoires.
Table Ronde 76ème Congrès de Chirurgie
Actualités Chirurgicales 604 - 621, 1975
- 28 GURRY JF, KING DW, RUTTER KP et Coll.
Essai contrôlé de la Noxythioline intrapéritonéale dans les appendicites perforées (Anglais)
Br J. Surg. 63 (5) ; 400 - 1, May 76
- 29 HALLIER J. et Coll.
Drainage ou non drainage péritonéal dans les péritonites généralisées après appendicite perforée chez l'enfant ; étude prospective.
(Anglais)
Ann. Surg. 177 ; 595 - 600, 1973
- 30 HOLLENDER
La péritonite stercorale généralisée
J. Chir. (Paris) 113 N° 4 327 - 36 , 1977
- 31^x HORN'Y J.
Cholépéritoïne (Tchèque)
Rozhl Chir 52 (5) ; 300 - 2, May 73

- 32 HUREAU
Péritonite septique d'origine lymphatique survenue 8 jours après
une hémicolectomie droite pour maladie de Crohn
Sem Hop Paris 52 (20) ; 1207 - 11, 23 May 76
- 33^x ILIEV G., IANEVA R., KOZOVSKI I et Coll.
Diagnostic et possibilités thérapeutiques dans les péritonites
après césariennes (Bulgare)
Akush Ginekol (Sofia) 14 (4) ; 260 - 8, 1975
- 34 IVASHKEVICH GA
Pathogénie et traitement des péritonites aiguës purulentes (Russe)
Vestn Khir 108 (9) 30 - 3, Sep 72
- 35 JORGENSEN SJ, WEILE F.
Traitement prophylactique à la Néomycine, Bacitracine et à la Tétracy-
cline dans la chirurgie colorectale. (Anglais)
Acta Chir Scand 140 (6) ; 491 - 3, 1974
- 36^x KALITSOV VG
Défauts de suture du moignon duodénal après gastrectomie (Russe)
Vestn Khir 107 (11) ; 118 - 9, Nov 71
- 37 KATAEVA GA, ZHITNIUK RI
Diagnostic des péritonites post-opératoires (Russe)
Vestn Khir 107 (9) ; 59 - 60, Sep 71
- 38^x KIENE S., TROEGER H.
Drainage intrapéritonéal avec des antibiotiques dans les péritonites
diffuses (Allemand)
Zentralbl Chir 99 (27) ; 833 - 40, 5 Jul 74
- 39 KILAM SK, JACKSON FL, WILLIAMS HT
Résistance à la rupture des anastomoses intestinales en fonctions des
péritonites bactériennes (Anglais)
Can J Surg 18 (4) ; 372 - 5, 378, Jul 75
- 40 KINNAERT P. et VANGEERTRUDEN
Surveillance et traitement post-opératoire des péritonites générali-
sées
Journées de réanimation
SPEI Ed. (Paris) Tome 1, 1974
- 41 KIRKPATRICK JR, HEILBRUNN A., SANKARAN S.
Arythmies : signe précoce des sepsis (Anglais)
Am Surg. 39 (7) ; 380 - 2, Jul 73
- 42^x KRUMERMAN MS, POULIOT GJ
Péritonites à "vernix caseosa" : complications rares de la césarienne
(Anglais)
NY State J. Med 76 (11) ; 1879 - 80, Oct 76

- 43 KYOSOLA K
Hernie paraduodénale gauche étranglée et péritonite après appendicite aiguë. (Anglais)
Ann Chir Gynaecol Fenn 62 (2) ; 98 - 100, 1973
- 44 LAIGNEAU Pierre
Les péritonites post-opératoires consécutives à la désunion d'une suture digestive
Thèse Médecine Paris St Antoine n° 90, 1974
- 45 LARCAN A., GROSDIDIER J., BOISSEL P. et Coll.
70 cas de péritonites post-opératoires. Journées de Réanimation de Nancy
SPEI Ed. Paris, 1975
- 46 LARCAN A., LAMBERT H., LAPREVOTE et Coll.
Infections péritonéales aiguës : le point de vue du réanimateur
Soc Rea Langue française, Strasbourg, 1973
- 47 LEGALL JR, GERMAIN A., RAPIN M et Coll.
Les entérites aiguës nécrosantes post-opératoires
Nouv. Presse Med. 2, 2787 - 90, 1973
- 48 LEGER L. et Coll.
Lavage irrigation du péritoine avec la Noxythioline dans les péritonites généralisées.
Nelle Presse Médicale 6 (8) ; 649 - 50, 26 fév 1977
- 49 LE PICARD P.
Les appendicectomies aux suites meurtrières
Thèse Médecine, Paris n° 166, 1974
- 50* LEVIN S., EDWARDS LD, RAFOTH R.
Péritonite tuberculeuse post-opératoire (Anglais)
Lancet 1 (800) ; 429, 24 Feb 73
- 51 LEVY E., PARC R., LOYGUE L et Coll.
Survie par iléo et jéjunostomies terminales temporaires avec réinjection régulée.
Nouv Presse Med 6 (6) ; 461 - 2, 12 Feb 1977
- 52 LEVY E., MALAFOSSE, LOYGUE J. et Coll.
Etude inédite du débit cellulaire intestinal au cours des diarrhées graves post-opératoires.
Exp Scient (Paris) 193 - 200, 1973
- 53 LIARAS H., NEIDHARDT JH., TAIRRAZ JP
Les entérites et colites aiguës nécrosantes
Etude nosologique et pathogénique
J. Chir. Paris (96) 501 - 18, 1968

- 54* MAMAMTAVRISCHVILI DG
Péritonite aiguë plastique après gastrectomie (Russe)
Klin Khir (5) ; 68 - 9, May 76
- 55 MANDELL IN, AHM MJ, KLIGER AS, et Coll.
Péritonite à candida compliquant la dialyse péritonéale ; traitement
avec succès par de petites doses d'amphotéricine B (Anglais)
Clin Nephrol 6 (5) ; 492 - 6, Nov 76
- 56 MONDOR D.
Diagnostics urgents : abdomen
2e Ed. Paris, Masson 1120 p, 1974
- 57 MORIN A, NEIDHARDT JH, TAIRRAZ JP et Coll.
Les cholecystites nécrosantes secondaires non lithiasiques
Lyon Med (225), 443 - 45, 1971
- 58 MOTOMANCEA D., PROINOV R., JUVARA I.
Péritonite post-opératoire atypique (Roumain)
Rev Chir (Chir) 24 (3) ; 217 - 21, May-Jun 75
- 59 MUHE E., SCHWEMMLE K., HERMANEK P. et Coll.
Drainage lavage continu à la streptokinase dans les péritonites fi-
brino-purulentes (Allemand)
Med Monatsschr 27 (5) ; 223 - 6, May 73
- 60 NAHRWOLD DL, DEMUTH WE
Diverticulose et perforation dans la cavité péritonéale (Anglais)
Ann Surg 185 (1) ; 80 - 3, Jan 77
- 61 NEIDHARDT JH, BARBE C., MORIN A. et Coll.
Cholecystites aiguës nécrosantes post-opératoires non lithiasiques.
Lyon Chir 68, 2, 106 -11 ; 1972
- 62* OLIVEIRA CA, AGOSTINI AA
Hépatites bactériennes post-opératoires (Portugais)
Rev Assoc Med Bras 17 (5) ; 155 - 60, May 71
- 63 OLIVERO JJ, LOZANO J., SUKI WN
Pancréatite aiguë, pseudokyste et péritonite à candida chez un re-
ceveur de greffe rénale (Anglais)
South Med J 69 (12) ; 1619 - 20, Dec 76
- 64* PARMENTIER M.
Les péritonites post-opératoires ; à propos de 70 cas
Thèse Médecine Nancy 1974
- 65 PARNEIX M, FABRE P., DECONINCK L.
Les complications intrapéritonéales à masque médical chez l'opéré ;
sous la direction de P. LARCAN
SPEI Ed. (Paris) Tome 1, 1974

- 66 PEGAZ M.
Les complications graves voire mortelles de l'appendicectomie
Thèse Lyon 1977
- 67^x PEKAROVIC E., TERSTIANSKA G., SCHNIERER M. et Coll.
Péritonites appendiculaires chez l'enfant (Slovaque)
Rozhl Chir 53 (10) ; 673 - 6, Oct 74
- 68 PELOSO OA., FLOYD VT., WILKINSON LH.
Traitement des péritonites par lavages post-opératoires continus
utilisant la céphalothine (Anglais)
Am J. Surg 126 (6) ; 742 - 7, Dec 73
- 69 PERFIL'EV DF
Le rôle des bactéries dugenre proteus dans les suppurations
(Russe)
Khirurgiia (Mosk) 48 (9) ; 64 -8, Sep 72
- 70^x PERFIL'EV DF
Réaction à l'antihyaluronidase dans les péritonites purulentes à
staphylocoques (Russe)
Zh Mikrobiol Epidemiol Immunoniol 48 (11) ; 74 - 9, Nov 71
- 71 Mme PIRCHER -ROCHE
Etude clinique et pronostic des foyers septiques intra-péritonéaux
graves
Thèse Grenoble 1976
- 72 PRANDI D., RUEFF B., LORTAT JACOB JL
Péritonite septique diffuse post-opératoire précoce ; étude rétros-
pective
Ann. Chir. 29 (9) ; 835 - 40, Oct 75
- 73 PRANDI D., ERLINGER S., RUEFF B. et Coll.
Suppurations intra-abdominales post-opératoires dues aux Ristella
Nouv Presse Med 4 (14) ; 1023 - 6, 5 Apr 75
- 74^x RAKOWER SR, FAZZIN E.
Gastrite phlegmoneuse aiguë : différence entre les péritonites pri-
mitives et les péritonites par atteinte vasculaires des collagénoses
(Anglais)
Am Surg 41 (9) ; 571 - 5, Sep 75
- 75 RAMBO WM
Irrigation de la cavité péritonéale avec la céphalothine
(Anglais)
Am J. Surg. 123 (2) ; 192 - 5, Feb 72
- 76 RODIONOV VV, PRIKUPETS VL, CHAGAEV NV
Les causes du développement des péritonites après appendicectomie.
18 347 appendicectomies. (Russe)
Vestn Khir 115 (12) ; 28 - 32, Dec 75

- 77 SAVVINA TA
Diagnostic des péritonites après chirurgie des organes abdominaux
(Russe)
Khirurgiia (Mosk) 47 (7) ; 139 - 43, Jul 71
- 78* SCHMITT W., PIETSCH P., TROEGER H
Lavage intrapéritonéal aux antibiotiques dans les péritonites diffu-
ses (Allemand)
Zentralbl Chir 97 (1) ; 3 - 10, 8 Jan 72
- 79 SINGH S., AOKI S., MITRA S. et Coll.
Ascites : manifestation inhabituelle de l'insuffisance rénale chez
le receveur de greffe rénale (Anglais)
JAMA 226 (7) ; 777 - 8, 12 Nov 73
- 80 SINGH R.P.
Péritonite biliaire après cholecystectomie (Anglais)
Int Surg 57 (8) ; 651 - 3, Aug 72
- 81* SIN'KEVICH VP
Prévention de l'occlusion par adhérence intestinale post-opératoire
précoce dans les péritonites (Russe)
Klin Khir 5 : 31 - 5, May 71
- 82 SORENSEN FH, BONE J, SKOVGAARD NS
Relation entre la production d'urée et l'inflammation du péritoine
(Anglais)
Ann Surg 181 (4) ; 409 - 11, Apr 75
- 83 STAIB I
Problèmes de l'occlusion post-opératoire précoce et de la péritonite
post-opératoire (Allemand)
Langenbecks Arch Chir 329 ; 1077 - 86, Dec 71
- 84 STONE HH
Appendice perforé chez l'enfant
(Anglais)
Am Fam Physician 4 (6) ; 60 - 8, Dec 71
- 85 STONE HH., HESTER TR
Infection pariétale et péritonéale après laparotomie d'urgence
(Anglais)
Ann Surg 177 (6) ; 669 - 78, Jun 73
- 86 STONE HH., KOLB LD., GEHEBER C.E.
Effets et signification des bactéries anaérobies intrapéritonéales
(Anglais)
Ann Surg 181, 707 - 15, 1975
- 87* STOIANOV A., MITOV A.
Péritonites post-opératoires aiguës suppurées (Russe)
Khirurgiia (Mosk) 47 (9) ; 38 - 41, Sep 71

- 88^x SUKOV TV., GRACHEVA GG.
Evolution de la péritonite urinaire (Russe)
Akush Ginekol (Mosk) 48 (10) ; 73, Oct 72
- 89^x TACZANOWSKI W., JASTRZEBSKI J.
Tentative de diminution de la survenue de complications sévères
après appendicites gangréneuses (Polonais)
Wiad Lek 29 (19) ; 1729 - 34, 10 Oct 76
- 90 TAIRRAZ JP
Contribution à l'étude des entéro-colites nécrosantes
Thèse Médecine, Lyon, 1967
- 91^x VINOGRADOV VV., DANILOV MV., ZIMA PI.
Péritonite biliaire post-opératoire (Russe)
Khirurgiia (Sofia) 25 (1) ; 26 - 30, 1972
- 92 VOLOSHINA OI., BURKOV IV.
Essai de traitement des réactions inflammatoires de la cavité abdominale chez l'enfant par différents facteurs physiques (Russe)
Vopr Kurortol Fizioter Lech Fiz Kult 39 (2) ; 156 - 9, Mar 74
- 93 WILLIS AT., FERGUSON IT., JONES PH. et Coll.
Métronidazole dans la prévention et le traitement des infections à Bactéroïdes après appendicectomie (Anglais)
Brit. Med. J. (1) ; 318 - 21, 1976
- 94 WINNER SD., STANLEY-BROWN EG
Absès intramuraux et péritonite après appendicectomie (Anglais)
NY State J Med 74 (12) ; 2234 - 5, Nov 74
- 95^x WINTER R.
Cause et aspect de l'épiploïtis (Allemand)
Bruns Beitr Klin Chir 220 (1) ; 110 - 4, Feb 73
- 96^x ZHURAVLEV VA., GOLOVCHENKO IuA
Prévention des fistules biliaires et des péritonites après résection hépatique (Russe)
Vestn Khir 108 (9) ; 53 - 7, Sep 72
- 97 ZWICKER M
Chirurgie de l'occlusion post-opératoire précoce (Allemand)
Bruns Beitr Klin Chir 219 (8) ; 751 - 6, 1972

TABLE DES MATIERES

	<u>PAGES</u>
<u>INTRODUCTION</u>	2
<u>DEFINITION</u> - LIMITES DU SUJET ETUDIE	3
<u>PREMIERE PARTIE</u> :	
MATERIEL D'ETUDE	5
<u>DEUXIEME PARTIE</u> :	
ANALYSE DES DOSSIERS ET COMMENTAIRES	91
<u>Chapitre 1</u> : Données étiologiques	92
1.1 Fréquence	92
1.2 Age - Sexe	92
1.3 Etiologie géographique	92
1.4 Facteurs favorisants associés	95
1.5 Etiologie d'organe	96
1.6 Intervention initiale	101
<u>Chapitre 2</u> : Pathogénie locale	107
2.1 Causes de la péritonite post-opératoire ...	107
2.2 Mécanisme de diffusion péritonéale	112
2.3 L'état péritonéal à la réintervention	114
<u>Chapitre 3</u> : Données cliniques	117
3.1 Les signes généraux	117
3.2 Les signes fonctionnels	122
3.3 Les groupements symptomatiques évocateurs ..	122
3.4 Les signes physiques locaux	125
3.5 Examen para-clinique	127
3.6 Séméiologie biologique	128
<u>Chapitre 4</u> : Problèmes diagnostiques	131
4.1 Diagnostic positif	131
4.2 Le premier signe anormal	131
4.3 Délai entre le premier signe anormal et le diagnostic	133
4.4 Les pièges diagnostiques	133

<u>Chapitre 5</u> : Données évolutives	135
5.1 Evolution globale	135
5.2 Formes évolutives	135
5.3 Evolution suivant l'organe	138
5.4 Evolution des anastomoses et sutures digestives en milieu septique	142
5.5 Eléments du pronostic	144
 <u>Chapitre 6</u> : Bactériologie	 148
6.1 Flore péritonéale	148
6.2 Hémocultures	150
6.3 Les autres prélèvements	150
6.4 Evolution de la flore abdominale en cas de lavage péritonéal	152
 <u>Chapitre 7</u> : Données thérapeutiques	 155
7.1 Les buts du traitement	155
7.2 Le traitement chirurgical	155
7.3 Le traitement médical	163
7.4 Les traitements complémentaires	164
 <u>CONCLUSIONS</u>	 170
 <u>BIBLIOGRAPHIE</u>	 173

